

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

N^o 180

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 mars 1909, à 1 heure

Par **André CHAZARAIN**

Ancien interne des hôpitaux de Paris
et de la Maison Départementale de la Seine

DES

INDICATIONS ET DE LA VALEUR

DE

LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

DANS LE

TRAITEMENT DES COLLECTIONS ABDOMINO-PELVIENNES

Président : M. POZZI, professeur.

*Juges : } MM. ALBARRAN et BAR, professeurs.
 } JEANNIN, agrégé.*

PARIS

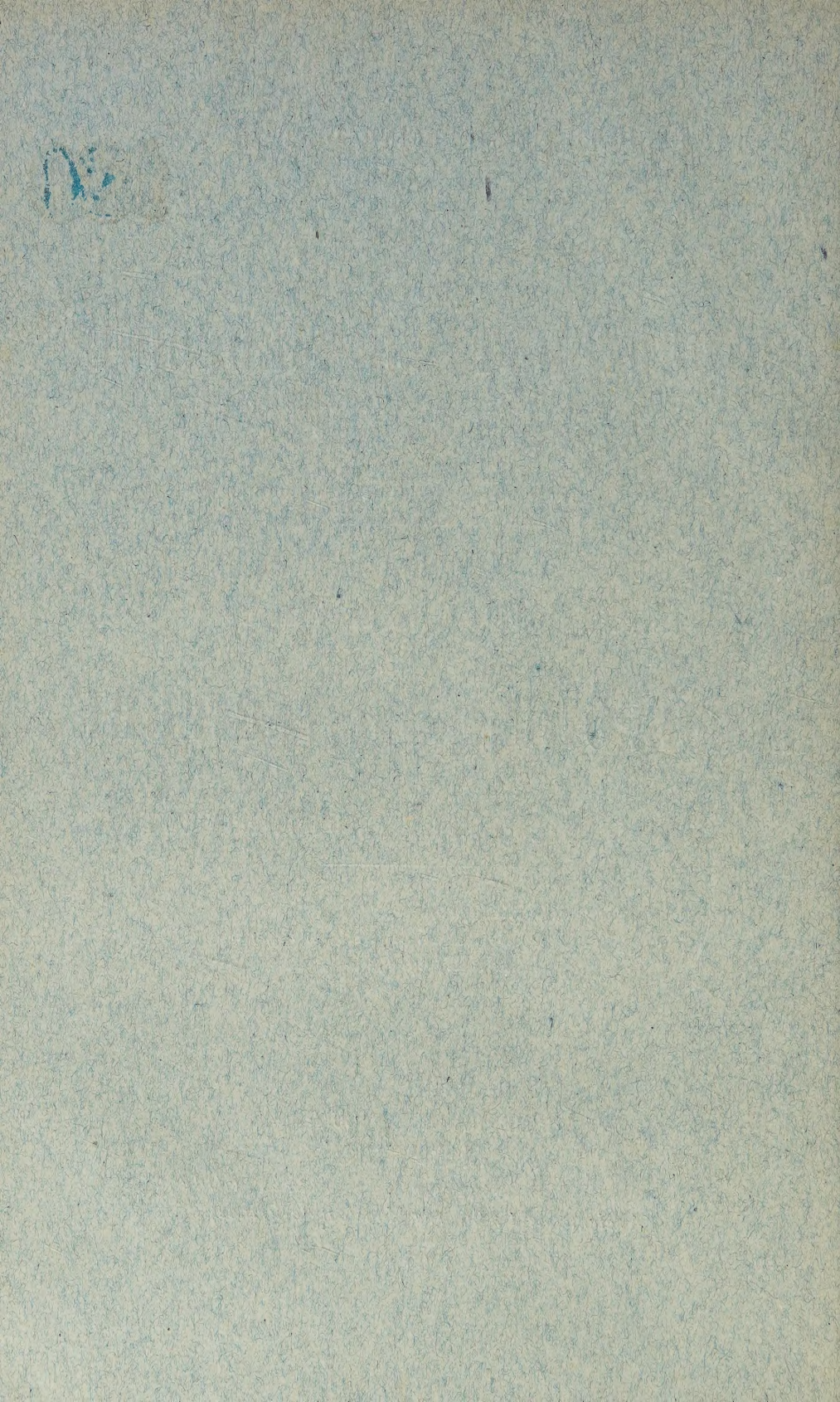
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909



180

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 mars 1909, à 1 heure

Par **André CHAZARAIN**

Ancien interne des hôpitaux de Paris
et de la Maison Départementale de la Seine

DES

INDICATIONS ET DE LA VALEUR

DE

LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

DANS LE

TRAITEMENT DES COLLECTIONS ABDOMINO-PELVIENNES

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : } MM. ALBARRAN et BAR, professeurs.
JEANNIN, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISAUD.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N***.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LÖEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MAGELL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1791 le Corps a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR POZZI

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de ma thèse*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat 1900-1901

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON

Externat 1901-1902

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMBE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

Externat 1902-1903

MONSIEUR LE DOCTEUR SEVESTRE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

In memoriam

Externat 1903-1904

MONSIEUR LE DOCTEUR LYOT
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

In memoriam

Internat provisoire 1904-1905

MONSIEUR LE DOCTEUR REYMOND
CHIRURGIEN DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE

Internat provisoire 1905-1906

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE
ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIZET
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

In memoriam

Internat 1906-1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BLUM
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Internat 1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Internat 1908-1909

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

En chirurgie

MESSIEURS VILLEMIN, BAUDET, ROBINEAU
HERBET, LABEY

En médecine

MESSIEURS THIROLOIX, CLAISSE, RÉNON,
LÉVY-BRUHL, TRIBOULET, AUCLAIR

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Pendant mes années d'externat et d'internat dans les services de chirurgie et d'obstétrique des Hôpitaux de Paris, j'ai vu faire beaucoup de colpotomies ; je les ai vu pratiquer dans des cas assez différents et avec des résultats très variables.

Quelques-uns de mes maîtres faisaient cette opération très volontiers ; d'autres au contraire manifestaient pour elle une véritable répugnance et faisaient de l'incision vaginale une méthode d'exception.

Presque jamais, je n'ai pu obtenir en me documentant auprès de mes chefs ou en consultant les auteurs classiques, des renseignements suffisamment précis sur les indications et l'opportunité de la colpotomie en général et de la colpotomie postérieure en particulier ; sur les suites qu'elle entraîne et sur ces résultats transitoires ou définitifs.

Si je me suis occupé plus particulièrement de la colpotomie postérieure, ce n'est pas que je n'accorde

aucune valeur à la colpotomie antérieure : elle a en effet de grosses indications dans les suppurations prœ-utérines, mais ce sont des cas évidemment restreints que l'on n'observe guère dans nos services ordinaires de chirurgie générale ; de plus, la colpotomie antérieure s'accompagnant d'un décollement vésico-utérin plus ou moins facile à exécuter, est une véritable intervention ne présentant la simplicité de la colpotomie postérieure à la portée de tout praticien. Enfin la colpotomie postérieure est la plus logique au point de vue anatomique puisqu'elle correspond à l'espace libre rétro-utérin, au cul-de-sac de Douglas qui est le point le plus déclive de la cavité pelvienne et par conséquent le plus propice au drainage. Je dois dire d'ailleurs que je n'ai jamais vu pratiquer la colpotomie antérieure et que je n'en ai aucune expérience. Je m'occuperai donc exclusivement pour toutes ces raisons de la colpotomie postérieure.

Je sais qu'il y a eu déjà plusieurs thèses se rapprochant de la question (1), mais la plupart, sauf celle de Raymond (2), qui est récente, remontent déjà à une époque où la laparotomie restait encore une opération sérieuse.

1. MORÉLY. *Thèse de Paris*, 1899 : Sur l'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale.

RODRIGUEZ. *Thèse de Paris*, 1895 : Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et hémorragies pelviennes.

D'HERBÉCOURT. *Paris*, 1900 : Du drainage vaginal sans hystérectomie.

2. RAYMOND. *Thèse de Paris*, 1908 : De la colpotomie postérieure dans l'infection puerpérale grave.

La mortalité opératoire, avant l'ère complète de l'asepsie, qu'entraînait l'ouverture de l'abdomen explique certainement la grande faveur dont ont bénéficiée pendant si longtemps les interventions par la voie vaginale et parmi celles-ci : la colpotomie postérieure.

Heureusement la chirurgie abdominale et pelvienne s'est singulièrement modifiée en l'espace de quinze ans ; non seulement depuis la pratique méthodique de l'asepsie chirurgicale, mais aussi depuis les modifications de technique que la grande majorité des opérateurs a petit à petit adoptées en matière de chirurgie pelvienne, à savoir : l'usage systématique du plan incliné pour les interventions de gynécologie, la protection soigneuse de la grande cavité abdominale par des compresses stérilisées, l'usage de grosses valves suffisantes pour donner un très large jour dans l'exploration visuelle et manuelle des organes du petit bassin, enfin l'intervention tardive après refroidissement des lésions tout comme dans l'appendicite.

Si la laparotomie reste actuellement le traitement de choix des affections pelviennes, il n'en est pas moins vrai que la colpotomie peut dans certains cas être un adjuvant précieux, un acte préparatoire important dans le traitement des collections abdomino pelviennes. Mais, il me semble que la colpotomie, comme toute opération, ne doit pas être pratiquée à tort à travers et que les cas, assez restreints du reste, où elle est vraiment indiquée, méritent à l'heure actuelle d'être précisés. C'est le but que nous nous sommes assigné dans notre thèse, car il ne nous a pas semblé pendant nos

recherches, que les indications de la colpotomie aient été jusqu'à présent résumées dans un travail d'ensemble. — Nous voulons aussi envisager l'avenir des colpotomisées, afin de voir exactement si elles doivent secondairement toujours être laparotomisées pour obtenir une guérison complète.

Nous aurons donc à étudier les questions suivantes :

1° Quand faut-il faire une colpotomie postérieure ?

2° Quand est-elle efficace ?

3° Quand est-elle inutile ?

4° Que deviennent les malades seulement colpotomisées ?

5° Comment il faut faire une colpotomie pour qu'elle soit suffisante en tant que drainage.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Sans vouloir refaire l'historique de la question (ce qui est très longuement exposé dans les thèses de Morély et de d'Herbecourt) je rappellerai brièvement, avant d'envisager les indications de la colpotomie postérieure, les différentes phases par lesquelles elle a passé pour bien faire ressortir tous les droits qu'elle a perdus et qu'elle perdra de jour en jour avec les progrès de la chirurgie abdomino-pelvienne.

La colpotomie est une opération très ancienne puisque, il y a déjà plus d'un siècle, Macarn (1788) a rapporté l'histoire de trois interventions chirurgicales par la voie vaginale (1).

Sans remonter si loin, nous pouvons rappeler que Velpeau, Dupuytren et Récamier ouvraient très souvent des collections pelviennes par le vagin : les plus timi-

1. *Thèse de Paris*. MORÉLY, 1899: De l'ouverture par le vagin des collections annexielles, procédé de M. Chaput, page 29.

des se servaient d'un caustique, d'autres du fer rouge, les plus audacieux employaient de volumineux trocars qu'on enfonçait brutalement et aveuglément dans le cul-de-sac postérieur ; le bistouri ne fut employé que plus tard et actuellement encore beaucoup d'opérateurs ne se servent encore que des ciseaux.

Quoi qu'il en soit avant l'ère abdominale de la chirurgie, la colpotomie postérieure était la grande opération de gynécologie la seule efficace et la seule qui n'entraînait pas la mort des malades. Partant de ce principe, on comprend qu'elle ait gardé si longtemps une grande faveur ; elle cadrait d'ailleurs très bien avec les théories alors en honneur sur les suppurations pelviennes ; on les croyait toujours dues, soit à un phlegmon péri-utérin (Nonat) (1), soit à une pelvi-péritonite (Bernutz) ; (2) de l'utérus et de ses annexes comme cause première et prépondérante, il n'en était pas question.

Mais les travaux de Lawson Tait vinrent modifier complètement la pathogénie des suppurations pelviennes, car ils démontrèrent que c'étaient presque toujours des poches annexielles suppurées qui étaient en cause. Ces théories furent adoptées avec enthousiasme en France par Terrier, Pozzi, Terrillon, Bouilly, pour ne citer que les principaux ; et on vit apparaître une opération nouvelle, la salpingectomie qui fut suivie plus tard de l'hystérectomie abdominale.

1. NONAT. *Gazette des hôpitaux*, n° 25. 1850.

2. BERNUTZ et GOUPIL. *Archives générales de médecine*, 1857.

Devant la mortalité opératoire qu'entraînait l'ouverture du ventre, il y eut une réaction en faveur de l'hystérectomie vaginale, et cette opération fut brillamment exécutée par Péan, Segond, Bouilly. Quant à la colpotomie postérieure, elle fut tour à tour abandonnée et reprise.

Préconisée par Péan, Segond, Bouilly et Le Dentu à Paris, par Laroyenne, à Lyon, par Schröder (1) en Allemagne, par Brickell (2) en Amérique, elle fut tour à tour employée dans le traitement des hémorragies enkystées du pelvis, des abcès du petit bassin, des salpingites suppurées, des pelvi-péritonites. Les célèbres discussions de la Société de chirurgie (en 1896) mirent les choses à peu près au point sur les indications de la colpotomie : pour les uns, Picqué, Chaput en particulier, la colpotomie pouvait à elle seule guérir complètement des hématocèles, des salpingites, des abcès pelviens ; pour d'autres au contraire, Routier, Lucas-Championnière, Terrier et Quénu, la colpotomie à elle seule est insuffisante. Depuis cette époque, et malgré de nombreux travaux publiés sur ce sujet, les avis restent très partagés sur la valeur de la colpotomie.

Les uns en font systématiquement (Desprès), les autres s'en abstiennent complètement sans en donner les raisons. Quant à la question des indications, elle reste obscure et incomplète. Je crois qu'il y a eu de

1. SCHRÖEDER. *Maladie des organes génitaux de la femme*, 1885.

2. BRICKELL. The proper treatment of pelvic effusion. *American journal of the medical sciences*. Philadelphie, 1887.

part et d'autre des exagérations et que la colpotomie postérieure peut rendre quelquefois de grands services.

C'est une bonne incision de drainage, mais rien de plus ; et le tout, est de savoir s'en servir, en temps utile.

Je fais remarquer, dès le début de cet ouvrage, qu'on devient de moins en moins interventionniste (à chaud) pour les suppurations pelviennes et que le traitement médical classique : repos, injections chaudes, glace sur le ventre, permet dans un grand nombre de cas d'attendre le moment favorable pour pratiquer la laparotomie ; aussi la colpotomie devient-elle de plus en plus rare. Mais il y a vraiment des circonstances où le chirurgien a la main forcée pour opérer et c'est justement là que la colpotomie postérieure est peut-être indiquée, au moins comme opération préliminaire.

CHAPITRE III

INDICATIONS GÉNÉRALES DE LA COLPOTOMIE

La question des indications de la colpotomie postérieure est assez complexe.

Il y a une dizaine d'années en effet la colpotomie postérieure était préconisée par les gynécologistes comme méthode de choix, non seulement pour l'exploration et le drainage des organes pelviens, mais aussi pour leur extirpation.

Voyons maintenant ce que sont devenus ces indications multiples de la colpotomie.

CHAPITRE IV

DE LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE COMME VOIE D'EXTIRPATION DES ORGANES PELVIENS

En tant que voie d'ablation des annexes, la colpotomie postérieure a été étudiée par Péan, Segond, Richelot, Laroyenne, Gouilloud pour ne citer que les principaux.

Bonnecaze (1) trouve que la colpotomie est une véritable laparotomie vaginale permettant d'extirper les petits pyosalpinx.

Je trouve encore dans la thèse si documentée de d'Herbécourt (2) toute une série d'observations intéressantes concernant des extirpations vaginales d'annexes malades, de kystes de l'ovaire, de petits fibromes sous-péritonéaux.

Encore à notre époque, quelques auteurs ont une prédilection marquée pour la voie vaginale. Le Dentu, Pichevin, Durhsen, Doyen et quelques accoucheurs font de la colpotomie postérieure un temps préliminaire d'ablation des annexes, de libération d'adhérences pour utérus rétrofléchi, d'extirpation de grossesse extra-utérine (3).

Ce sont là des exceptions et généralement les chirurgiens actuels préfèrent, quand c'est possible, les interventions à ciel ouvert, trouvant plus logique et plus aseptique de passer directement par la voie abdominale actuellement si bénigne, et la colpotomie postérieure a perdu presque tous ses droits comme voie d'extirpation des organes pelviens. Mais si la voie vaginale est abandonnée presque complètement pour l'ablation des annexes, elle a conservé un rôle très important dans l'exploration et le drainage du petit bassin.

1. BONNECAZE, Thèse de Paris, 1889. Valeur et indications de l'incision vaginale appliquées à l'ablation de petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe.

2. La thèse de Paris, 1900. Jean d'Herbécourt, page 16. Du drainage vaginal sans hystérectomie préalable.

3. DUBRISAY ET JEANNIN. *Précis d'accouchements*, 2^e édition, p. 413.

CHAPITRE V

DE LA COLPOTOMIE COMME VOIE D'EXPLORATION PELVIENNE

En tant que méthode d'exploration, la colpotomie postérieure a été préconisée par Czerny en 1878, puis par l'école française avec Péan, Segond, Richelot, Bouilly (1) et Doyen.

Certainement la colpotomie comme voie d'exploration est inférieure à la laparotomie exploratrice ; elle donne beaucoup moins de renseignements pratiques, mais elle est beaucoup moins grave et peut être presque pratiquée impunément si on la fait avec les précautions d'usage sur lesquelles d'ailleurs nous insisterons plus loin. En réalité, il est rare que la colpotomie postérieure soit pratiquée d'une façon systématique comme *méthode d'exploration*, car de telles indications sont singulièrement restreintes depuis qu'on examine sous chloroforme les cas douteux de lésions pelviennes,

1. BOUILLY, Congrès français de chirurgie, 1895.

comme le préconise Picqué. Mais si l'anesthésie, en supprimant la résistance musculaire, permet une palpation plus précise des lésions, elle ne permet cependant pas comme la colpotomie postérieure, de mettre le doigt directement sur les organes malades; c'est certainement une manière plus parfaite d'affermir un diagnostic et de poser les indications d'une intervention. Il est en effet, toute une catégorie de cas où le diagnostic exact est impossible à poser et où il est capital, cependant de ne pas s'égarer.

Prenons l'exemple si fréquent en clinique d'une malade présentant des signes de collection pelvienne avec des phénomènes généraux très sérieux. S'agit-il d'une collection sanguine? d'une hématocele, je suppose, ou d'un abcès pelvien avec une annexite suppurée derrière.

Or ce diagnostic n'est pas toujours si facile, d'autant plus que les annexites comme les grossesses extra-utérines peuvent donner lieu à des métrorrhagies et la présence d'une caduque dans les caillots ne peut pas toujours être établie pour affirmer le diagnostic, comme le faisait récemment remarquer M. le professeur Duret (1).

Dans le cas de grossesse ectopique rompue et enkystée c'est la laparotomie qui est indiquée, car elle seule permettra d'extirper d'un coup et l'effet et la cause : les caillots et la trompe; elle donnera le plus souvent

1. DURET. *Société anatomo-clinique de Lille*, 8 décembre 1908.

des résultats excellents, bien supérieurs à ceux qu'aurait donnés en pareil cas l'incision vaginale forcément incomplète. Dans l'abcès pelvien au contraire ou pour une salpingite suppurée non refroidie, la laparotomie pratiquée à cette époque donnerait une mortalité extrême.

Il est donc quelquefois indispensable, avant d'adopter la voie haute ou la voie basse en thérapeutique pelvienne, de savoir exactement la nature des lésions que l'on va rencontrer et c'est précisément dans ces cas douteux que la colpotomie postérieure va éclairer singulièrement la question en renseignant immédiatement le chirurgien sur la nature de la collection pelvienne à évacuer. C'est tout ce qu'on peut demander à la colpotomie exploratrice et il est bien évident que seule la laparotomie exploratrice peut nous renseigner d'une façon précise sur l'étendue exacte des lésions pelviennes, sur leurs adhérences, leur extirpabilité ; pour de telles finesses de diagnostic la colpotomie est naturellement insuffisante (1). Mais pour une exploration approximative, elle remplit suffisamment toutes les indications et c'est ce bon rôle que nous retiendrons.

Donc, toutes les fois où une erreur de diagnostic pourrait être fatale aux malades en modifiant la ligne de conduite de l'opérateur, la colpotomie postérieure exploratrice devra être pratiquée ; trouvera-t-on du pus par l'incision vaginale, on drainera largement par cette voie et on s'arrêtera là pour le moment ; est-ce du sang,

1. GUTIERREZ. Août 1908. *Revista ibero americana de ciencias medicas.*

au contraire, provenant d'une hématocele liée à la rupture d'une grossesse extra-utérine, la laparotomie sera plus indiquée car elle seule sera l'intervention complète et rationnelle ; elle pourra en tout cas être pratiquée sans dangers.

Cette méthode d'exploration, déjà préconisée par Montprofit (1), a été récemment remise au point par Brindeau, à l'occasion de deux erreurs de diagnostic ayant coûté la vie aux malades. Je crois instructif de résumer rapidement leur histoire (2).

Le premier fait concerne une femme qui entre à Saint-Antoine avec 37° de température et 96° de pouls ; l'examen permettait de constater dans le cul-de-sac postérieur, une masse qui parut être le corps de l'utérus gravide rétroversé, car la malade commençait un avortement. Deux jours après l'expulsion de l'œuf, il survint des phénomènes abdominaux aigus. La laparotomie permit de constater une péritonite généralisée due à la rupture d'un pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal. Mort au cinquième jour de congestion pulmonaire.

La deuxième malade, enceinte de six semaines, se présenta avec une tumeur fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, l'utérus étant plaqué en avant contre le pubis ; elle avait expulsé, d'autre part, des débris de caduque et éprouvait de violentes douleurs abdominales.

1. MONTPROFIT. *Thèse de Paris*, 1888. Etude chirurgicale sur l'inflammation des organes génitaux internes de la femme.

2. Voir *Quinzaine thérapeutique*, 1908, page 259.

Pensant à une hématocele M. Brindeau intervint et constata l'existence d'une pelvi-péritonite, consécutive à la rupture d'une poche salpingienne (les deux trompes étaient malades) ; il pratiqua l'hystérectomie totale mais la malade mourut rapidement.

S'appuyant sur ces observations, M. Brindeau conclut en disant : qu'il est difficile dans certains cas de collection pelvienne de différencier une hématocele d'une salpingite ou d'une pelvi-péritonite et qu'il y a intérêt à pratiquer une colpotomie exploratrice avant d'adopter la *voie haute* ou la *voie basse* comme mode d'intervention. Nous nous rangeons absolument à l'idée de M. Brindeau et nous trouvons très légitime dans les cas très difficiles de pratiquer avant tout autre traitement une colpotomie exploratrice.

CHAPITRE VI

LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

« VOIE DE DRAINAGE »

Le grand rôle de la colpotomie n'est pas seulement appréciable en tant que voie d'exploration, comme nous l'avons décrit plus haut, la colpotomie est surtout, et avant tout, une voie de drainage facile, logique et efficace pour l'évacuation des collections abdomino-pelviennes, abstraction faite de leur cause qui persiste naturellement après l'incision vaginale et qui doit être traitée secondairement ; l'incision vaginale comme voie de drainage n'est pas absolument parfaite, car elle n'évacue pas tout le liquide épanché : mais c'est un drainage agissant continuellement en raison de sa déclivité et par conséquent très supérieure aux autres drainages forcément intermittents.

Parmi les collections que le chirurgien peut avoir à drainer par la colpotomie il convient de distinguer de nombreuses variétés :

- 1° Suivant la situation respective de ces collections

dans les étages de la grande cavité abdomino-pelvienne.

2° Suivant la nature différente de ces collections qui peuvent être formées de sang, de sérosité ou de pus.

Il y a donc lieu d'examiner en pratique les cas suivants :

a) Les collections abdominales proprement dites ou mieux abdomino-pelviennes ;

b) Les collections pelviennes situées au-dessus du Douglas : collections hautes ;

c) Les collections du Douglas lui-même et directement en rapport avec son plancher : collections basses.

CHAPITRE VII

DE LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE DANS LE DRAINAGE DES COLLECTIONS ABDOMINO-PELVIENNES

« Les collections abdominales justiciables de la colpotomie peuvent être divisées à leur tour : en collections abdominales d'origine et pelvienne par migration secondaire, exemple : *certaines abcès appendiculaires* ; ou bien en collections d'origine et pelvienne d'évolution abdominale, comme ces *gros abcès pelvi-péritonitiques* remontant en arrière et au-dessus du pubis, souvent accolés à la paroi abdominale antérieure et faisant corps avec elle.

Discutons dans ces deux cas le rôle de la colpotomie et voyons si elle peut être tentée malgré son innocuité apparente.

Les gros abcès appendiculaires à tendance pelvienne peuvent dans certains cas bomber assez fortement par le cul-de-sac postérieur, mais c'est l'exception, car ils ont en général le champ libre pour se développer soit

du côté de la fosse iliaque interne, soit vers la paroi abdominale antérieure, soit vers la fosse lombaire.

Même lorsqu'ils saillent vers le Douglas, ils n'ont jamais autant envahi la paroi vaginale que les abcès pelviens d'origine génitale, dans lesquels le toucher permet de constater un utérus fixé, douloureux lorsqu'on le mobilise et un cul-de-sac postérieur, chaud, œdématié, extrêmement douloureux.

Malgré ces caractères un peu particuliers des péritonites suppurées d'origine utéro-annexielle, il peut se faire qu'elles soient confondues avec un abcès pelvien d'origine appendiculaire. Nous voyons bien souvent en effet la vulgaire appendicite basse être confondue avec une salpingite haute et cela d'autant plus facilement qu'elles peuvent coexister d'une part, se succéder l'une à l'autre, d'autre part. Lorsqu'il y a abcès pelvien chez une femme, le diagnostic étiologique est quelquefois très difficile et on peut être amené à pratiquer d'urgence une incision vaginale, de drainage, sans avoir une idée exacte sur la cause de la collection à évacuer. Pissavy en a rapporté dernièrement plusieurs exemples (1).

Même si on a affaire à un abcès pelvien d'origine appendiculaire, la colpotomie postérieure ne pourra guère être dangereuse si on a soin de la faire large, de drainer longtemps et de surveiller ultérieurement le malade. Il est bien certain que si on a eu affaire à une appendicite pelvienne, souvent l'ouverture vaginale

1. Voir la *Clinique*, 1909, n° 7. « Appendicites pelviennes ».

s'accompagnera de fistule stercorale ; on observera dans la suite de nouvelles douleurs abdominales et des phénomènes intestinaux assez significatifs pour attirer cette fois l'attention du côté de l'appendice et permettre au chirurgien soucieux de l'avenir de sa malade de la débarrasser d'un organe sans cesse menaçant.

Donc si la colpotomie postérieure pour abcès pelvien appendiculaire présente de gros désavantages, parmi lesquels il faut d'abord signaler l'impossibilité d'extraire l'appendice par une brèche vaginale et ensuite d'exposer la malade à une fistule simple ou stercorale en communication avec le vagin, elle n'est pas absolument dangereuse si on a soin de faire une laparotomie secondaire pour extirper cette fois directement l'appendice malade. Mais la colpotomie ainsi comprise n'est guère qu'une incision d'urgence et l'acte préparatoire d'une laparotomie secondaire, mais non une opération curative et définitive.

Je cite à ce propos (obs. I) une colpotomie postérieure que j'ai vu faire il y a quelques années pendant mon internat à la maison départementale de Nanterre pour appendicite pelvienne et qui s'est terminée cependant par la guérison. Mais chaque fois que le diagnostic d'un abcès appendiculaire, même à *tendance pelvienne*, est porté d'une façon précise : il est plus logique de l'inciser par l'abdomen en y associant, s'il le faut, une boutonnière vaginale car la première incision permettra du même coup d'extirper quelquefois et l'effet et la cause. Ainsi les collections abdominales à *tendance pelvienne* sont plus justiciables de l'incision

abdominale proprement dite que de la colpotomie postérieure.

Voyons maintenant si cette opération est plus indiquée pour les collections d'origine pelvienne avec extension abdominale. Parmi ces collections il faut citer en première ligne les gros abcès pelvi-péritonitiques bombant quelquefois un peu vers le Douglas mais ayant surtout des tendances abdominales, formant des grosses masses remontant jusqu'à l'ombilic, constituées par une énorme coque fibreuse toute faite d'adhérences aux viscères, à l'épiploon, aux parois abdomino-pelviennes et au milieu desquelles on trouve du pus en quantité très variable.

Ces abcès, consécutifs à une pelvi-péritonite post-abortive atténuée ou à des accidents gonococciques, plus rarement à une tuberculose génitale, ont été bien décrits dans la thèse de Sénéchal (1) et M. Lejars leur a consacré dernièrement une clinique très détaillée (2).

Ces abcès forment de véritables tumeurs inflammatoires qu'on doit rattacher, au point de vue anatomo-pathologique, à la pelvi-péritonite plastique, c'est-à-dire fibro-adhésive; ils évoluent par poussées successives, d'une façon subaiguë ou chronique présentant, comme parois, une coque si épaisse qu'elle déchire l'intestin lorsqu'on veut l'extirper; et comme contenu: une quantité relativement minime de pus. Ces abcès peuvent bomber vers les culs-de-sac vaginaux, vers le rectum, vers le

1. SÉNÉCHAL. *Thèse de Paris*, 1907. « Étude clinique des tumeurs inflammatoires pelvi-péritonitiques »

2. LEJARS. *Semaine médicale*, 17 juin 1908, n° 25.

Douglas. Malgré cette situation vaginale qui appelle vers ce côté le bistouri du chirurgien, ces abcès doivent-ils être évacués par la colpotomie ou par la laparotomie ?

Il y a dix ans, on aurait donné une préférence immédiate à la voie vaginale et on aurait certainement agi par une colpotomie postérieure suivie ou non d'hystérectomie vaginale.

M. le professeur Reclus écrivait en effet en 1891 dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* que la pelvi-péritonite chronique doit être traitée par l'hystérectomie vaginale.

Actuellement, avec les améliorations de la technique chirurgicale, avec les tendances bien marquées à n'opérer les malades qu'à froid et entre deux crises, à une époque où le pus est devenu presque stérile et amicrobien, on donne le plus souvent la préférence à la laparotomie : et personne ne se contenterait d'une simple colpotomie. Mais une telle laparotomie doit être prudente, bien conduite, par un vrai chirurgien et autrement plus difficile d'exécution qu'une simple colpotomie, opération de praticien. Voici d'ailleurs comment M. Lejars conseille de faire la laparotomie pour le drainage de ces foyers de pelvi-péritonite avec pseudo-tumeurs inflammatoires (1) : « La laparotomie sera conduite
« avec des précautions et une technique toute particulière ; rien n'est facile comme de perforer l'intestin
« ou les autres viscères creux adhérents et confondus

1. LEJARS, *Semaine médicale*, 12 décembre 1906.

« dans la masse : il faut aller lentement, à tout petit
« coup, s'abstenir de libérations au doigt, s'arrêter à
« temps sans vouloir trop faire et trop découvrir ; et
« d'autre part, l'expérience montre qu'une intervention
« juste suffisante, qui s'est bornée à ouvrir la tumeur
« phlegmoneuse chronique, à sectionner les principales
« adhérences, à exciser ce qui vient aisément des pla-
« cards fibreux, à décoller les viscères déformés et cou-
« dés, et au besoin, s'il y avait un peu de liquide lou-
« che au centre de la tumeur ou s'il persiste quelque
« suintement sanguin, à laisser un drain, que cette in-
« tervention sage et bien réglée est suivie presque tou-
« jours d'un excellent résultat et d'une résorption plus
« ou moins rapide de la tumeur. »

Comment espérer qu'une simple colpotomie laissant intactes la poche et les adhérences qui l'environnent puisse être aussi efficace qu'une laparotomie bien conduite ?

D'ailleurs l'incision vaginale ne draine vraiment que le petit bassin et non l'abdomen comme semblent bien l'indiquer les considérations anatomiques et cliniques que Mauclaire a exposées il y a trois ans à la Société d'obstétrique.

Il est d'ailleurs intéressant de comparer la ligne de conduite différente tenue à neuf années d'intervalle par M. Lejars pour des cas à peu près analogues. Les premières observations que j'extraits de la thèse de d'Herbécourt relatent l'histoire de femmes présentant : l'une, un gros abcès de pelvi-péritonite ; l'autre, plusieurs abcès pelviens traités par la colpotomie postérieure et

terminés par la mort des deux malades (voir observations n^{os} III et VIII).

Le second cas, au contraire, relate l'histoire d'une femme présentant un gros abcès de pelvi-péritonite bombant par le vagin et que M. Lejars a incisé quand même par la voie abdominale et pour lequel il a obtenu un réel succès (voir observation n^o 2).

Faut-il conclure de ces deux observations que tous les chirurgiens auraient opté pour la voie abdominale, je ne le crois pas, car il fallait une certaine hardiesse pour laparotomiser une telle malade.

Mais ce qui est certain, c'est que la colpotomie postérieure, même précoce, n'aurait pu que drainer imparfaitement une pelvi-péritonite, à foyers multiples, à localisations abdominales, et que les coques fibreuses, adhérentes et non rétractiles, aussi dangereuses pour les malades que la minime quantité de pus qu'elles renferment, ne peuvent véritablement être libérées ou extirpées que par une opération à ciel ouvert.

D'Herbécourt lui aussi avait déjà bien insisté en 1900 sur l'inefficacité de la colpotomie dans le drainage des pelvi-péritonites à foyers multiples et il concluait qu'elle était une intervention incomplète, peu recommandable en pareil cas (1). Nous nous rangeons entièrement à cette manière de voir et d'autant plus qu'il s'agit souvent d'infection atténuée, de lésions peu septiques et déjà suffisamment refroidies.

Je sais bien que les grosses tumeurs inflammatoires

1. D'HERBÉCOURT. *Thèse de Paris*, 1900, pages 99 et 100.

de pelvi-péritonite comportent un pronostic sérieux si on les traite par la laparotomie, mais si on suit exactement la méthode de prudence que nous a enseignée plus haut M. Lejars, si on se contente d'ouvrir les foyers et de les drainer en réservant pour plus tard l'extirpation de l'utérus et de ses annexes : le pronostic opératoire sera singulièrement diminué et presque aussi bénin que celui de la colpotomie. La thèse de mon collègue Sénéchal fourmille d'observations de cas analogues terminés par la guérison après laparotomie prudente, se bornant exclusivement au drainage des foyers : les observations 4 et 7 de sa thèse sont particulièrement intéressantes et je les exposerai plus loin (1) (obs. IV).

M. Lejars lui-même qui a inspiré la thèse de d'Hérécourt sur le drainage vaginal ne fait presque plus jamais la colpotomie dans les suppurations pelviennes.

Si la colpotomie postérieure est inefficace dans le traitement des grosses tumeurs inflammatoires banales même à tendance vaginale, elle est contre-indiquée et dangereuse dans la tuberculose génitale, non seulement dans la forme banale de pelvi-péritonite tuberculeuse avec ascite et envahissement secondaire de la grande cavité abdominale, mais aussi dans la salpingite tuberculeuse avec une ou plusieurs grosses poches purulentes prolabées dans le Douglas, formant de véritables abcès froids enkystés dans la trompe et ayant peu de tendance à la rupture. Ces abcès froids tubaires ne sont

1. SÉNÉCHAL. *Thèse de Paris*, 1907, pages 40 et 43.

pas aussi rares que l'on pourrait le croire et Bertrand, dans sa thèse (1), en cite un certain nombre de cas terminés par la guérison après extirpation abdominale. Les caractères cliniques ont fait déjà penser au chirurgien traitant qu'il ne s'agit pas là de banales lésions inflammatoires : l'habitus des sujets, l'amaigrissement, l'irrégularité de la courbe thermique, l'absence de passé génital, la coexistence de lésions pulmonaires, mettront sur la voie du diagnostic exact ; les méthodes de laboratoire, l'ophtalmo-réaction, la cuti-réaction, la dermo-réaction permettront d'affirmer qu'il y a un foyer tuberculeux dans l'organisme et en éliminant les autres affections on portera enfin le diagnostic de tuberculose génitale.

Cette affection relève exclusivement de la laparotomie qui seule permettra d'enlever en bloc et l'effet et la cause : par elle seule on pourra peut-être enlever la poche tubaire sans risquer d'inoculer le péritoine de la grande cavité : la colpotomie postérieure serait donc ici désastreuse même en évacuant un gros foyer suppuré : elle exposerait infailliblement les malades à la fistule vaginale et aux infections secondaires. Si on évite avec soin l'ouverture large des abcès froids en général, préférant ou la ponction, ou l'ablation en bloc de la poche, il n'y a pas de raison d'agir autrement pour les abcès froids tubaires et les salpingites tuberculeuses et la colpotomie est dans leur traitement *tout à fait contre-indiquée*.

1. BERTRAND. *Thèse de Lyon*, 1908.³ « Abcès froids tubaires. »

CHAPITRE VIII

DE LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE DANS LE DRAINAGE DES COLLECTIONS PELVIENNES PROPREMENT DITES

C'EST-A-DIRE DES COLLECTIONS HAUTES
DU PETIT BASSIN ET DES COLLECTIONS BASSES
DESCENDANT JUSQU'AU DOUGLAS

Nous entendons par collections pelviennes proprement dites celles qui ne dépassent pas ou peu la limite supérieure de la ceinture pelvienne et qui n'affectent par conséquent que des rapports assez éloignés avec la paroi abdominale antérieure.

C'est pour elles que la colpotomie a été particulièrement employée comme voie de drainage : en effet, anatomiquement c'est une voie excellente, pas parfaite cependant pour drainer la cavité pelvienne puisque le fond du Douglas représente le point le plus déclive du pelvis et par conséquent le plus propice à l'écoulement des liquides pathologiques. Mais la colpotomie postérieure sera d'une efficacité différente suivant que le

liquide à évacuer s'écoulera plus facilement : aussi devons-nous distinguer à ce propos trois sortes de collections bien différentes :

des collections *sanguines* ;

séreuses ;

et *purulentes*.

Et ce sont surtout ces dernières qui, par leur fréquence et la gravité des phénomènes qu'elles entraînent, réclament une thérapeutique active, que nous étudierons tout particulièrement dans leurs rapports avec la colpotomie postérieure.

CHAPITRE IX

DE LA COLPOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES POCHES SANGUINES DU PETIT BASSIN

Les collections sanguines enkystées dans le pelvis sont le plus souvent réalisées en clinique par l'hématocèle rétro-utérine liée à la rupture complète ou partielle d'une grossesse extra-utérine.

Ces collections sont souvent bas situées, effaçant nettement le Douglas, refoulant l'utérus vers la symphyse.

On comprend que cette situation franchement vaginale ait attiré les chirurgiens à traiter ces collections par la colpotomie.

Ces collections sont peu ou même pas septiques au moment de leur enkystement: mais elles peuvent être infectées secondairement par les microbes que charrie la filière génitale et devenir collections suppurées: entre ces deux phases extrêmes, il existe une période intermédiaire pour l'hématocèle où les indications de la colpotomie sont particulièrement intéressantes à discuter.

Au début même de leur apparition, ces collections

sanguines sont-elles justiciables de la colpotomie ou de la laparotomie ? C'est certainement une des questions qui a été le plus discutée dans les milieux chirurgicaux (1) et dernièrement encore au dernier congrès français de chirurgie, ce qui prouve bien que l'accord est loin d'être parfait.

Les uns, et ce sont, je crois, les plus nombreux aujourd'hui, considèrent l'hématocèle ou mieux la grossesse extra-utérine qu'elle traduit comme une tumeur maligne, qu'il faut donc extirper en bloc, complètement suivant l'expression de Werth ; le plus vite possible, ajoute M. le professeur Pinard.

Les autres font une colpotomie, pure et simple, en se contentant d'évacuer quelques caillots, la poche étant, disent-ils, susceptible de se résorber complètement.

Il est évident que la colpotomie postérieure comme traitement intégral de l'hématocèle rétro-utérine non suppurée est à l'heure actuelle un peu insuffisante quand on la compare aux résultats brillants et durables de la laparotomie : elle a été fortement battue en brèche au dernier Congrès français de chirurgie où MM. Pozzi, Albertin, Delaunay et Reynès l'ont très vivement combattue.

Il est intéressant de rapporter à ce propos les statistiques de certains opérateurs : Albertin (2) de Lyon, sur soixante malades atteintes d'hématocèle, donne les

1. Voir SEGOND : Traitement des grossesses extra-utérines, *Congrès Gynécologique* de Marseille, octobre 1898.

2. Voir discussions du XXI^e Congrès français de chirurgie.

proportions suivantes : trente malades furent traitées par la colpotomie ; trois moururent malgré une laparotomie secondaire, elles succombèrent à l'hémorragie secondaire et à l'infection ; la seconde série comprend trente malades qui furent laparotomisées : il n'y eut qu'un seul décès.

La colpotomie dans le traitement de l'hématocèle présente, d'après cet auteur, de multiples inconvénients.

C'est d'abord la délivrance imparfaite de la malade en raison d'une si étroite boutonnière, ensuite la possibilité d'hémorragies secondaires, puis l'infection tardive qui peut se faire par l'incision vaginale, enfin les longues suites opératoires que présente la colpotomie ; et ce ne sont pas ses moindres inconvénients.

Pour Delaunay (1) c'est une opération inutile puisqu'elle ne permet pas d'arrêter l'hémorragie secondaire, le gros danger de l'hématocèle.

Les partisans de la laparotomie, dont M. Reynier s'est fait le défenseur à la Société de chirurgie, proclament au contraire de solides arguments en faveur de la voie haute : elle seule permet l'exérèse totale de la poche d'enkystement, des caillots, de la trompe malade, cause de tous les accidents ; elle seule permet l'examen méthodique de l'utérus et de ses annexes qui seront enlevés impitoyablement s'ils ne présentent pas de garanties suffisantes pour l'avenir, car les récidives, bien que rares, n'en existent pas moins et peuvent coûter

1. DELAUNAY. *Dernier Congrès français de chirurgie*, octobre 1908.

la vie aux malades ; enfin la laparotomie seule, en permettant une ligature méthodique du pédicule qui a saigné, met à l'abri des hémorragies secondaires (1) et doit être préférée à la colpotomie pour ces différentes raisons. — Ces hémorragies secondaires ou successives ne sont pas si rares qu'on le croit. M. Poissonnier de Lille en a encore cité un cas l'année dernière (2).

La colpotomie pour hématoçèle a encore cependant beaucoup de partisans : je ne parle pas de ces cas particuliers où le praticien se trouve seul, sans aide, sans matériel chirurgical et où il intervient comme il peut, par un traitement de fortune. Je parle, au contraire, des cas où, de parti pris, on pratique l'incision vaginale dès qu'une hématoçèle bombe vers le vagin.

Pour quelques-uns, en effet, une hématoçèle datant déjà de quelques semaines doit être traitée par la colpotomie, mais alors c'est exclusivement par crainte d'infection de la poche que la colpotomie peut être discutée. Il vaut mieux, en effet, inciser un hématome infecté, par la voie vaginale que par une laparotomie. Les douleurs, l'élévation de la température, les phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum, ne sont que des signes de probabilité en faveur de la suppuration.

L'élévation thermique peut être simplement due à la

1. DUHRSEN. *Deutsche med. Wochenschrift*, 18 juin 1908.
« Colpotomie pour hématoçèle volumineuse et ancienne, insuffisante. »

2. POISSONNIER. *Société anatomo-clinique de Lille*, 8 décembre 1908.

résorption sanguine et ce n'est pas un signe de certitude. Aussi pour M. le professeur Pozzi (1), la colpotomie est une mauvaise opération dans le cas qui nous occupe, car on ne sait jamais si l'hématocèle est ou non infectée et, en l'absence d'infection, la voie haute nous paraît bien supérieure à la colpotomie.

L'ablation des caillots et du placenta-tampon est forcément incomplète par une boutonnière vaginale ; si on veut explorer la poche par le toucher intra-pelvien, on s'expose à faire saigner un pédicule impossible à atteindre par une incision si étroite ; il existe souvent aussi des adhérences de la poche au rectum et aux parois pelviennes ; on s'expose, en les libérant, à des délabrements sérieux ; enfin l'évacuation des caillots étant toujours très incomplète, on s'expose à laisser persister une induration qui ne se résorbe jamais complètement et qui entraîne parfois des névralgies pelviennes très persistantes.

J'ai vu pendant mes années d'internat deux malades qui, dix ans après une colpotomie pour hématocèle non suppurée, souffraient encore de leur petit bassin ; le toucher révélait dans le cul-de-sac postérieur des indurations mal limitées répondant vraisemblablement à des adhérences entre les restes de la poche et les parois pelviennes. Ces malades n'ont guéri que par une laparotomie secondaire. Mais que de souffrances inutiles, et que de temps perdu à attendre une véritable opération curative !

1. POZZI, *Dernier Congrès français de chirurgie*, octobre 1908.

J'ai vu à côté de ces faits un certain nombre de malades guéris complètement par l'incision vaginale ; mais il s'agissait d'hématocèle récente, je veux dire en rapport avec une grossesse extra-utérine de quelques semaines et représentée anatomiquement seulement par quelques caillots enrobant un embryon en partie digéré, et facilement évacuables par une incision même minime (voir observations V et VI).

Mon maître, M. Ricard, préconise volontiers la colpotomie dans certaines formes d'hématocèle, en particulier dans les petites hématocèles anciennes, ou qu'il n'avait pas pu surveiller depuis leur apparition ; dans tous ces cas il s'agissait donc : soit d'hématocèle imparfaitement diagnostiquée et pouvant être confondue avec certaines suppurations pelviennes rétro-utérines et à allures torpides ; soit de poches sanguines légèrement mais sûrement infectées et qu'il aurait été téméraire d'aborder par la *voie abdominale*.

En résumé : la colpotomie postérieure dans les poches sanguines du petit bassin n'est guère indiquée que :

- 1° Dans les cas douteux ;
- 2° Dans les hématocèles anciennes qu'on est en droit de supposer infectées ;
- 2° Dans les hématocèles qui bombent beaucoup du côté du vagin et qui se drainent par conséquent mieux par cette voie.

Elle peut être utilisée à la rigueur dans les petites hématocèles liées à la rupture d'une grossesse extra-utérine jeune de quelques semaines : et seulement constituée par quelques caillots faciles à évacuer : en se tenant

prêt naturellement à laparotomiser la malade si quelque complication se produisait.

Mais la colpotomie est contre-indiquée dans les *grosses hématoécèles* qui peuvent ressaigner, s'infecter et se compliquer après l'incision vaginale. On préférera donc à cette intervention la laparotomie permettant seule de les extirper complètement, mettant ainsi les malades à l'abri des hémorragies secondaires.

M. Second lui-même, un des premiers partisans de la voie vaginale, établit comme contre-indication de la colpotomie les grosses hématoécèles, à tendance plutôt abdominale. MM. Schwartz et Ricard et avec eux la plupart des chirurgiens se rangent aujourd'hui à cet avis.

Avant de quitter la question de la colpotomie dans le traitement des poches sanguines du petit bassin je veux signaler, sans y insister, son rôle insignifiant dans la thérapeutique de l'hématoécèle extra-péritonéale. Il s'agit le plus souvent ici d'une collection diffuse pouvant décoller tout le péritoine pelvien, gagner les fosses iliaques et la paroi abdominale antérieure.

La colpotomie serait ici désastreuse : car l'hémorragie pourrait facilement continuer et le tamponnement d'une poche aussi irrégulière serait singulièrement difficile. La laparotomie sera au contraire la méthode de choix en permettant la ligature certaine des pédicules et la colpotomie sera exclusivement réservée aux hématoécèles sous-péritonéales *nettement suppurées*.

CHAPITRE X

DES INDICATIONS DE LA COLPOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES COLLECTIONS SÉREUSES DU PELVIS

Ces indications de la colpotomie sont intéressantes à étudier car l'intervention est ici fertile en résultats et quelquefois définitive.

Les collections purement séreuses sont assez rares : la pelvi-péritonite séreuse sur laquelle on a tant discuté cède très souvent au traitement médical et ne donne lieu qu'assez rarement à des indications pressantes.

Le plus souvent cette pelvi-péritonite n'est qu'un épiphénomène au cours de l'évolution d'une métrite ou d'une annexite ; elle rentre dans le cadre de la péri-méthro-salpingite telle que l'a décrite M. le professeur Pozzi et qui a été si souvent vérifiée *de visu* par les chirurgiens.

Souvent cette pelvi-péritonite séreuse est produite par une poussée légère de salpingite ; quelquefois cependant elle n'est que le prélude d'une *pelvi-péritonite*

suppurée: aussi conçoit-on aisément que l'incision vaginale pratiquée d'une façon précoce jugule pour ainsi dire l'inflammation et rende de grands services : d'une part en diminuant la tension intra-pelvienne, d'autre part en drainant le petit bassin. Ici la colpotomie peut être une opération curative et durable, je n'oserais cependant pas dire définitive : elle présente de nombreux succès à son actif et peut être assez souvent une opération curative et définitive : d'autant plus que la plupart des observations qu'on en donne correspondent, comme l'a bien fait remarquer d'Herbécourt, à des infections primitivement péritonéales ayant peu touché l'utérus et ses annexes et caractérisées anatomiquement par une poche unique peu organisée, indépendante des annexes et facilement rétractile. Dans ces formes de pelvi-péritonites séreuses nécessitant une intervention (et elles sont assez rares *car elles ont une grande tendance à céder* au traitement médical), c'est évidemment la *colpotomie* qui est le procédé de choix et comme telle elle a été préconisée par presque tous les classiques, par MM. Pozzi, Lejars (1) Monod (2). D'Herbécourt en cite plusieurs observations dans sa remarquable thèse : nous n'en retiendrons qu'un cas qui trouvera sa place au chapitre des « Observations » (3) (obs. 7). Nous ne voudrions pas abandonner le cha-

1. LEJARS. *Traité de chirurgie d'urgence* (2^e édition), page 492 : « La colpotomie ».

2. MONOD. *Société de chirurgie*, mai 1898 : sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale.

3. D'HERBÉCOURT. *Thèse de Paris*, page 52.

pitre des collections séreuses intra-péritonéales sans indiquer leur coexistence fréquente avec des collections sanguines ou purulentes qu'elles précèdent devant le bistouri du chirurgien pouvant ainsi détourner son attention du véritable foyer à drainer, mais, comme dans l'abcès en bouton de chemise, on ne s'arrêtera pas à la première collection. M. Monod (1) a bien insisté sur cette disposition des abcès pelviens avec une collection purulente intra-péritonéale et une collection séreuse sous-péritonéale et même intra-péritonéale pouvant donner le change. Mais nous arrivons ainsi à la grande catégorie des collections pelviennes justiciables de la colpotomie : c'est-à-dire aux collections purulentes *libres ou enkystées*.

1. MONOD. Voir plus haut, *loc. cit.*

CHAPITRE XI

DE LA COLPOTOMIE DANS LE DRAINAGE DES COLLECTIONS SUPPURÉES DU PETIT BASSIN

Parmi les collections que nous aurons à examiner il en est de *hautes*, franchement pelviennes ; il en est de basses, effaçant le Douglas et venant solliciter très directement le bistouri du chirurgien, il en est de libres dans le petit bassin et intra-péritonéales : par exemple la pelvi-péritonite suppurée *post-abortive* ; il en est d'enkystées dans des poches préexistantes : les gros pyosalpinx et les ovarites suppurées ; *il en est*, enfin, de sous-péritonéales : les para-métrites suppurées et les phlegmons de la *gaine hypogastrique*.

Il y a des poches uniques comme le gros pyosalpinx, il en existe de multiples comme les clapiers purulents de certaines pelvi-péritonites et de la *cellulite pelvienne*.

La colpotomie a été proposée pour tous les cas mais il est bien certain qu'elle agit très diversement et avec des résultats très variables suivant les catégories de

faits que nous allons examiner, et nous allons voir par exemple que si elle semble excellente dans la thérapeutique des abcès pelviens bien enkystés, son rôle est très douteux dans le traitement des abcès péri-salpingés généralement multiples et dans celui des gros pyosalpinx même unilatéraux, si on ne la fait pas suivre d'une laparotomie complémentaire.

Pour nous conformer à la division que nous avons déjà adoptée pour les collections pelviennes en les considérant d'après leur situation respective, nous étudierons successivement les indications de la colpotomie postérieure pour les collections *hautes* et les collections *basses* du petit bassin.

De la colpotomie dans les collections hautes du petit-bassin

Parmi ces collections il nous faut avant tout citer les salpingo-ovarites accompagnées ou non de collections périannexielles, et en particulier les gros pyosalpinx : c'est principalement pour eux que la colpotomie a été préconisée autrefois à une époque où les interventions chirurgicales se bornaient à des opérations d'urgence ; mais, comme quelques chirurgiens prétendent encore que la simple incision d'une salpingite peut être suivie de guérison, l'opération ainsi conçue doit être discutée.

Avant tout, constatons qu'une salpingite même compliquée de pelvi-péritonite peut être extrêmement améliorée par le traitement médical, et que même les col-

lections péri-salpingées peuvent se refroidir et disparaître par le repos, permettant ainsi au chirurgien d'enlever ultérieurement la poche salpingienne par une laparotomie faite dans de bonnes conditions.

La colpotomie comme traitement systématique et exclusif des pyosalpinx mêmes unilatéraux a perdu, je crois, tous ses droits, malgré les observations intéressantes de MM. Le Bec (1), Chaput, Monod (2) et Le Dentu (3). Mais la colpotomie est intéressante à étudier en tant qu'*opération d'urgence* dans les annexites suppurées.

Il est en effet des cas où le chirurgien a la main forcée pour intervenir à chaud dans les salpingites. C'est d'abord lorsque le pyosalpinx s'accompagne d'abcès péri-salpingés menaçant de s'ouvrir dans un viscère ou entraînant des phénomènes généraux graves nécessitant une intervention à brève échéance,

Ensuite, c'est lorsqu'un pyosalpinx unique ou bilatéral, même en l'absence de collection péricarpiée, ne présente aucune tendance au refroidissement et s'accompagne de phénomènes généraux assez sérieux pour mettre la vie des malades en danger.

Souvent aussi, il peut s'agir de malades découragées par une longue période d'attente et dans l'impossibilité

1. LE BEC. Suppurations pelviennes. *Gazette médicale de Paris*, 8 octobre 1892.

2. MONOD. Sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale. *Société de chirurgie*, mai 1898.

3. LE DENTU. Incision vaginale dans les suppurations pelviennes. *Société de chirurgie*, 1898.

matérielle d'attendre encore longtemps une heure propice à une opération curative.

Dans ces cas multiples, le chirurgien pour gagner quelques semaines ou pour éviter à sa malade les dangers d'une résorption purulente dont elle ne paraît pas pouvoir faire les frais, est amené à pratiquer une colpotomie, une incision de drainage. Quels résultats va-t-il en retirer et suffira-t-elle quelquefois à guérir complètement les malades ?

Ici encore il faut examiner deux cas : ou bien en effet il existe un abcès intra-pelvien proprement dit autour d'annexes peu ou récemment touchées, ou bien il existe au contraire un gros pyosalpinx, de formation déjà ancienne à parois bien organisées, adhérentes au pelvis et aux viscères voisins et formant avec eux des logettes purulentes et des foyers multiples de pelvi-péritonite.

Dans le premier cas : la colpotomie est très indiquée même lorsque la collection ne bombe pas dans le Douglas : car le drainage de cette poche unique, récente, facilement rétractile, pourra être très efficace ; les lésions salpingiennes étant peu accentuées pourront dans la suite régresser spontanément et la malade guérir sans autre opération.

Si la colpotomie est dans cette forme de suppuration pelvienne plus difficile à bien exécuter que dans les cas classiques ; elle n'en est pas moins fertile en résultats excellents : elle est en effet le traitement rationnel *des abcès chauds du petit bassin*, des abcès reliquats dont parle M. Lejars (reliquats d'une infection génitale

qui n'a fait qu'effleurer les annexes et l'utérus pour s'appesantir sur le péritoine pelvien), des abcès pelviens de M. le professeur Pozzi, vestiges d'une périmétrite ou périméthro-salpingite plus ou moins ancienne, séreuse ou purulent. Ce sont les collections de pelvi-péritonite qui guérissent si facilement par la simple incision vaginale parce qu'il n'y a derrière elles que des lésions insignifiantes susceptibles de régression définitive.

C'est à toute cette catégorie de faits que se rapportent la série d'observations concluantes de MM. Segond, Picqué (1), Tuffier et de son élève Rodriguez (2), de Rosenblat (3), pour ne citer que les principaux ; et dans tous ces cas il semble bien que la colpotomie n'a pas été seulement une opération d'attente mais bien souvent aussi une intervention curative et définitive.

Quand faudra-t-il intervenir dans ces abcès chauds pelviens si justiciables de la colpotomie ? Sans doute, il serait plus commode d'attendre que le pus soit en contact immédiat avec le Douglas ou, au moins, qu'il l'ait envahi complètement ; l'opération y gagnerait en facilité, mais souvent il est impossible ou dangereux d'attendre qu'il en soit ainsi et il ne faut pas s'arrêter, quand une opération doit être fertile en résultats, devant une difficulté d'exécution.

1. PICQUÉ. « De la valeur de la colpotomie », *La Gynécologie*, n° 3, 1898.

2. RODRIGUEZ, 1895, *Thèse de Paris, loc.-cit.*

3. ROSENBLAT. *Thèse de Paris*, 1896, « Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et hématoécèles pelviennes ».

Faudra-t-il donc attendre, comme Fournier d'Amiens l'a indiqué (1), deux signes pathognomoniques pour intervenir dans l'abcès pelvien, à savoir :

- 1° L'hyperthermie locale ;
- 2° La tuméfaction douloureuse.

Je ne crois pas, et dès qu'on a diagnostiqué du pus, dès qu'on a vu les phénomènes généraux s'aggraver et l'état local empirer malgré le traitement classique, je crois qu'il y a intérêt à donner issue au pus, même si le Douglas n'est pas distendu et les résultats confirment cette manière de voir. Je l'ai vu faire bien souvent par mon maître M. Ricard et j'ai revu, il y a quelque temps, une malade qu'il avait colpotomisée deux ans auparavant dans des conditions analogues et qui allait très bien quand je l'ai revue deux ans après la colpotomie (obs. 8).

Ce ne sont donc pas seulement les signes locaux mais les phénomènes généraux qui doivent être pris en considération dans les indications de la colpotomie pour les abcès pelviens et on peut dire en résumé que la colpotomie postérieure est utile quand il y a *du pus directement* dans le péritoine pelvien ; périméto-salpingite (2) quand la malade présente de grandes oscillations indiquant la présence d'un abcès pelvien, et un mauvais état général réclamant l'intervention immédiate. Est-elle indiquée lorsqu'il existe au contraire un gros pyosalpinx

1. FOURNIER D'AMIENS. « Indications de la colpotomie postérieure », *La Gynécologie*, page 116, 1904.

2. POZZI. « De la colpotomie dans les suppurations pelviennes. » *Leçons cliniques*, 18 février 1898, *Semaine Gynécologique*

avec de la pelvi-péritonite ; ici la colpotomie est beaucoup moins indiquée. Sans doute elle pare sur le moment aux accidents immédiats ; drainer le foyer suppuré, diminuer la tension intra-pelvienne, effondrer les logettes de la pelvi-péritonite, ouvrir plus ou moins les poches salpingiennes, mais le pus venant du pyosalpinx se renouvellera infailliblement dans la suite si la poche a subsisté (1) ; et comment espérer qu'une poche ancienne, bien organisée, plus ou moins adhérente au pelvis, va se rétracter complètement par la simple incision. On peut évidemment effondrer bien des logettes par le toucher intra-pelvien ; mais comment s'arrêter dans ce travail de destruction que l'œil ne peut surveiller ? n'est-il pas possible, au contraire, de dépasser les limites du travail qu'on a projeté et d'inoculer maladroitement la grande séreuse péritonéale ?

La thèse de d'Herbécourt est pleine d'observations concernant des pyosalpinx incisés par le vagin : beaucoup ont récidivé rapidement, quelques malades sont mortes en quelques jours de péritonite généralisée.

Si elles ont guéri au point de vue opératoire, elles ont gardé leurs annexes malades (2) et ont continué à en souffrir : la colpotomie n'a été pour elles qu'un palliatif et c'est presque toujours ainsi qu'elle agit. Ce n'est donc qu'une *opération préliminaire* mais d'une grande *utilité* si on la complète en temps voulu par une inter-

1. MONTPROFIT. « Étude chirurgicale sur l'inflammation des organes génitaux internes de la femme » *Thèse de Paris*, 1888.

2. Voir *Observations* nos 13 et 15.

vention radicale : hystérectomie vaginale ou laparotomie suivant les circonstances (voir obs. 9, 10, 11). Seulement il ne faut pas se leurrer sur la valeur d'une telle incision et laisser aux malades le temps de refaire une nouvelle poussée ou de se cachectiser complètement (voir obs. 12) ; dès qu'on le pourra, on complètera la colpotomie par une extirpation de l'utérus et ses annexes, et on aura ainsi débarrassé la malade de l'effet et de la cause de toutes ses misères.

Une autre conduite nous semble imprudente et, pour nous résumer au sujet de la colpotomie dans le traitement des collections hautes du pelvis intra-annexielles ou péri-annexielles, nous dirons qu'il ne faut la faire que très rarement, quand il n'y a pas moyen d'agir autrement, et qu'il faut la considérer comme une opération d'attente et non *comme une intervention définitive* ; elle laisse, en effet, persister la cause la plus fréquente des suppurations pelviennes, l'utérus et ses annexes primitivement infectés.

Bouilly lui-même, un des grands promoteurs de la colpotomie, disait déjà en 1890 (1) que l'incision vaginale dans le traitement des salpingites n'était qu'une opération de nécessité : la méthode de choix étant la salpingectomie par la voie haute ; quant à d'Herbécourt (2), sa formule est encore plus nette : un pyosalpinx ouvert par le vagin se vide plus ou moins, se rétracte peu, se fistulise quelquefois mais ne guérit jamais.

1. BOUILLY. *Société de chirurgie*, 1890.

2. D'HERBÉCOURT. *Thèse de Paris*, 1900, *loc. cit.*

CHAPITRE XII

DE LA COLPOTOMIE DANS LES ABCÈS DU DOUGLAS

Les collections que nous venons d'examiner dans le chapitre précédent étaient haut situées dans le pelvis et ne menaçaient ni le vagin ni le rectum : il n'en est plus de même pour les collections du Douglas qui dépriment le fond du vagin, œdématient sa muqueuse et lui donnent une couleur livide ; quelques-unes descendent tout près de l'anus et peuvent s'ouvrir spontanément dans le vagin et dans le rectum.

C'est pour ces collections que la colpotomie postérieure est surtout indiquée. Elle a été préconisée à ce titre par presque tous les classiques, même par ceux qui ont une répugnance marquée pour la voie vaginale en général : d'après Hartmann (1), la colpotomie est indiquée pour les poches qui bombent dans le cul-de-sac vaginal, ou en contact direct avec sa paroi.

1. HARTMANN. « La colpotomie postérieure dans le traitement des annexites suppurées. » *Semaine médicale*.

Pour Broca (1) l'ouverture du cul-de-sac postérieur au bistouri est réservée aux cas où l'on sent une tumeur pointue vers le vagin ou le rectum sous forme d'une bosselure, chaude, empâtée, prête à s'ouvrir.

Sur quels signes nous baserons-nous pour intervenir dans les abcès du Douglas: attendrons-nous que la collection menace la vagin ou le rectum ?

Pour Fournier (2) les signes capitaux réclamant l'intervention sont: la fièvre et la tuméfaction douloureuse. Nous y ajouterons quelques détails: pour ce qui est de la fièvre, une température ne dépassant pas 38° ou 38°5 implique peu une suppuration intense et menaçant de s'ouvrir spontanément. Au contraire une température aux environs de 39° et au-dessus, un mauvais état général, un pouls rapide, les grandes oscillations accompagnées d'une douleur exquise au toucher, appellent l'intervention immédiate.

La colpotomie devient ainsi une incision d'abcès, une opération d'attente mais rien de plus. C'est une thérapeutique symptomatique ne s'adressant pas à la cause et suivant que l'abcès sera simple ou lié, comme c'est la règle à une lésion utéro-annexielle, la colpotomie sera curative ou simplement palliative.

Done, pour apprécier la valeur de l'incision vaginale dans les abcès du Douglas, il faudra successivement passer en revue les différentes causes qui leur ont donné naissance.

1. BROCA. « Salpingite et abcès pelviens. » *Gazette hebdomadaire*, 29 juin 1888.

2. FOURNIER, *loco citato*.

Les abcès du Douglas peuvent être intra-péritonéaux, comme les pelvi-péritonites suppurées par exemple, ou bien siéger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal comme le phlegmon de la gaine hypogastrique.

Dans ces deux cas, la valeur de la colpotomie sera très différente et chacune de ces catégories doit être étudiée séparément.

Parmi les collections *intra-péritonéales* descendant jusqu'au Douglas il nous faut citer les salpingites prolabées dans le cul-de-sac, les collections péri-annexielles suppurées, l'hématocèle suppurée, enfin les pelvi-péritonites suppurées elles-mêmes.

Nous avons déjà étudié le rôle de la colpotomie dans le traitement des collections annexielles et péri-annexielles ; nous avons vu que la colpotomie ne pouvait être qu'un traitement de fortune, un palliatif et non une opération décisive : là encore on ne se résoudra à la colpotomie que lorsqu'il n'y aura vraiment pas moyen d'agir autrement, et cependant dans des collections du Douglas annexielles et péri-annexielles l'incision vaginale paraît plus efficace que dans les collections hautes du pelvis (1), car elle permet plus facilement que dans les cas précédents d'effondrer les logettes purulentes, les poches suppurées, les adhérences ; mais là encore le simple drainage est rarement suffisant et le traitement de choix de ces poches suppurées est l'ablation du sac préconisée déjà depuis vingt ans par Terrier et Pozzi (2) ; là encore la colpotomie n'aura

1. Voir observations 9 et 14.

2. Société de Chirurgie, 1890.

qu'un rôle préparatoire, un rôle de désinfection pour l'extirpation ultérieure d'une poche pathologique.

La colpotomie est au contraire une opération excellente et souvent curative dans l'hématocèle suppurée ; ici toutes les causes de l'abcès pelvien se résument dans quelques caillots plus ou moins dégénérés et susceptibles d'être évacués complètement par une ouverture large et bien située ; des adhérences protectrices ont séparé la collection pelvienne de l'intestin et des viscères de la grande cavité : il n'y a plus qu'un bon drainage à faire, la colpotomie réunit tous ces avantages.

Elle peut être large, si on la fait, comme nous le verrons plus loin, postéro-latérale ; elle est bien située puisqu'elle se pratique au point déclive de la poche, le plus propice à un drainage efficace ; elle n'est pas dangereuse, puisqu'on opère pour ainsi dire dans une poche extra-abdominale. C'est donc pour l'hématocèle suppurée l'incision de choix, elle a encore été récemment préconisée par Reynès, de Marseille, au dernier Congrès français de chirurgie (1).

La colpotomie postérieure présente encore de grosses indications dans certaines formes de pelvi-péritonites, bien enkystées et bien limitées, mais là encore, la pelvi-péritonite peut-être presque seule en cause comme chez les puerpérales par exemple, ou bien

1. Il est intéressant de consulter sur cette question la statistique de Cestan qui donne sur 63 colpotomies le chiffre énorme de 99, 9 0/0 de guérisons.

n'être qu'un épiphénomène au cours d'une lésion utéro-annexielle, en particulier d'un pyosalpinx.

Dans ce dernier cas, la colpotomie est insuffisante comme nous l'avons déjà vue, car elle ne draine qu'un foyer et non les foyers multiples qu'on observe dans ces pyosalpingites compliquées de pelvi-péritonite, l'incision vaginale laisse persister la cause originelle de tous les désordres et, d'autre part, les travaux de M. le professeur Segond ont bien établi que le drainage du petit bassin était beaucoup plus efficace après l'hystérectomie vaginale ; la colpotomie n'est donc encore indiquée ici que dans un but préparatoire et comme opération d'attente mais c'est l'hystérectomie ultérieure qui est le traitement de choix (voir à ce sujet les observations 10 et 11).

Dans d'autres cas au contraire, les lésions utéro-annexielles ont passé inaperçues ou sont extrêmement légères et c'est la pelvi-péritonite qui domine la scène, exemple : la pelvi-péritonite puerpérale, blennorrhagique, traumatique. Ici la colpotomie peut être très efficace, du moins au début car la collection de pelvi-péritonite est généralement unique, bien enkystée et très susceptible de se drainer par une seule incision.

Dans cette catégorie de faits nous étudierons d'abord la pelvi-péritonite traumatique, c'est-à-dire certains abcès pelviens post-opératoires.

Ces abcès consécutifs soit à un curettage, soit à une intervention quelconque sur la filière génitale peuvent apparaître très rapidement ou évoluer d'une façon torpide. Si le lendemain ou quelques jours après une in-

tervention pelvienne, une malade présente de la fièvre et une tuméfaction du Douglas, il est tout indiqué de lui faire une colpotomie, l'intervention sauvera-t-elle la malade ? quelquefois ; en tout cas, c'est très indiqué et il en existe un certain nombre d'observations assez concluantes ayant trait surtout à des *abcès plus tardifs*, quelques jours, quelques semaines après une opération ; ce sont alors des collections bien enkystées, d'une virulence atténuée, et se drainant très bien par la colpotomie(1). Les collections purulentes se produisant au contraire immédiatement après une intervention indiquent une infection généralisée dont elles ne sont qu'un épiphénomène ; elles coïncident le plus souvent avec une péritonite généralisée, aussi la colpotomie est dans ce cas peu efficace et toutes les fois que je l'ai vu pratiquer dans des circonstances analogues, ce drainage *in extremis* n'a guère donné de résultats bien appréciables.

Le chapitre des péritonites post-abortives ou puerérales dans ses rapports avec la colpotomie est autrement intéressant à étudier. Ici la colpotomie a rallié de nombreux partisans. Son histoire a été très clairement résumée il y a quelques mois dans l'excellente thèse de mon collègue Raymond (2). Cet auteur distingue deux cas dans les indications et les résultats de la colpotomie : 1° il y a des signes de localisation pelvienne et les culs-de-sac bombent ; 2° il n'y a pas de localisation et l'infection paraît généralisée.

1. Voir *observation n° 17*.

2. RAYMOND. *Thèse de Paris*, 1908. « De la colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale grave. »

Il est bien évident que la pelvi-péritonite puerpérale drainée à temps peut guérir mais c'est là un fait banal et depuis longtemps nous savons tous que l'infection puerpérale qui se localise présente un pronostic moins grave que les infections diffuses et à localisations multiples. Par conséquent, la colpotomie postérieure, à condition qu'elle soit précoce, c'est-à-dire avant l'apparition ou au début des phénomènes de pelvi-péritonite, il faut même ajouter dans les pelvi-péritonites en train de se généraliser, donnera de véritables résurrections ; il faut lire, pour s'en convaincre, les observations de Sourdille, de Guinard, de Raymond et l'observation déjà ancienne de Kaltenbach (voir observations 18, 19, 21).

Pour ces auteurs, la colpotomie doit être tentée et seule tentée dans tous les cas, même lorsqu'il y a de la péritonite généralisée. Faut-il croire avec eux que la colpotomie postérieure peut guérir toutes les formes de l'infection puerpérale grave ? Ce serait très exagéré car elle n'a pas paru agir dans les cas où il n'y avait pas de localisation pelvienne apparente (voir observation 20 de notre thèse et observation XI de la thèse de Raymond, empruntée à Guéniot), alors qu'il y avait de la péritonite généralisée ; mais elle n'a jamais agi à plus forte raison dans la septicémie puerpérale proprement dite qui est la vraie forme grave de l'infection puerpérale : la seule qui ne guérisse pas, quel que soit le traitement mis en œuvre.

« Il est donc bien établi que la colpotomie postérieure, en drainant très efficacement le petit bassin, sera le

traitement de choix de certaines formes de l'infection puerpérale. »

C'est une opération excellente, presque admise par tous les auteurs ; elle devra toujours être tentée dans l'infection puerpérale localisée, c'est-à-dire lorsque le toucher permettra de constater des signes de localisation pelvienne nette, effacement des culs-de-sac, douleur, tuméfaction.

On commencera cependant par curetter la malade et par drainer l'utérus infecté, puis s'il ne se produit pas d'amélioration immédiate ou rapide, on fera une large colpotomie suivant la technique que nous indiquerons plus loin ; s'il s'écoule un flot de liquide, la colpotomie pourra sauver la malade en la drainant convenablement ; mais si rien ne s'écoule par l'incision vaginale ou si elle ne donne issue qu'à quelques cuillerées de bouillon sale, on pourra porter le plus grave pronostic car il s'agit alors vraisemblablement de la septicémie péritonéale proprement dite dont nous connaissons l'issue fatale. La colpotomie postérieure sera toujours moins grave dans le traitement des infections puerpérales qu'une laparotomie destinée à enlever l'utérus et ses annexes, foyers primitifs de l'infection, et malgré l'optimisme de Jeannin (1) et les statistiques de Rochard portant d'ailleurs sur quelques cas, la laparotomie dans ces conditions a toujours donné une mortalité effrayante, aussi donnerons-nous la préférence presque

1. JEANNIN. *Bulletin de la Société d'obstétrique*, Paris, 1904, page 13.

toujours à l'incision vaginale dans le traitement de la pelvi-péritonite puerpérale et des abcès chauds pelviens d'origine puerpérale; la colpotomie est en effet la meilleure incision pour ces collections et elle en guérit un grand nombre, elle a déjà été préconisée dans ces affections par d'Herbécourt (1), par Phocas et plus récemment par Guinard, Raymond, Sourdille, Pillet et Esbach. Elle suffit le plus souvent à parer aux accidents immédiats et sauve la vie à la malade: c'est tout ce qu'on peut lui demander. Il est cependant des formes d'infection puerpérale où la colpotomie s'est terminée par la mort, mais insistons encore sur ce fait qu'il s'agissait de malades sans signes de localisation apparente et où l'état général était très grave: refroidissement, pouls incomptable, facies plombé: n'est-ce pas là le tableau d'une septicémie beaucoup plus que celui d'une infection péritonéale ordinaire, et quel traitement aurait eu la prétention de modifier en quoi que ce soit le pronostic d'une telle forme d'infection?

La colpotomie postérieure a encore été préconisée dans certaines pelvi-péritonites puerpérales consécutives à la rupture d'un pyosalpinx compliquant la grossesse. M. Brindeau en a publié trois cas (2) terminés par la mort après intervention abdominale, il estime qu'une colpotomie faite à temps aurait pu guérir ses malades? C'était au moins indiqué car une laparotomie pratiquée

1. D'HERBÉCOURT. « Abcès rétro-utérin d'origine puerpérale. Colpotomie. Guérison, page 89.

2. Voir *Quinzaine thérapeutique*, 1908, page 258.

dans une crise aiguë de pelvi-péritonite se termine infailliblement par la mort des malades.

Cependant : il ne faut pas croire que la colpotomie aurait certainement donné un résultat favorable. Ces pelvi-péritonites par rupture tubaire présentent un pronostic aussi grave que la péritonite généralisée par perforation appendiculaire et ne guérissent pas plus souvent. M. Bué de Lille a cité au commencement de janvier un cas analogue (1) à ceux de M. Brindeau : la malade est morte malgré une colpotomie précoce et c'était cependant le traitement le plus rationnel. Faisons donc une colpotomie postérieure dans ces pelvi-péritonites aiguës par rupture de pyosalpinx, faisons-la parce que c'est le seul traitement possible, le moins dangereux dans la circonstance ; mais ne nous attendons pas à des résultats constants et ne lui demandons pas plus que ce qu'elle peut donner, c'est-à-dire un bon drainage permettant quelquefois à la malade de faire les frais de cette suppuration et si nous sommes obligés de faire une hystérectomie, faisons-la cette fois par la voie vaginale.

Voyons maintenant, tout en restant dans la catégorie des accidents puerpéraux, la *valeur de la colpotomie* dans le traitement (au moins palliatif) des accidents pelviens survenant à la suite d'une perforation ou d'une rupture de l'utérus gravide. Là encore, il faut faire une distinction, suivant l'époque à laquelle on voit la malade.

Est-on appelé, immédiatement après l'accident ou

1. *Médecin-praticien*, n° 1, 1909, page 9.

dans les premières heures qui vont le suivre, c'est l'opération à ciel ouvert, c'est-à-dire la laparotomie qui nous semble le plus indiquée et l'opération vraiment logique, je crois qu'elle est vraisemblablement acceptée par tous les chirurgiens et elle compte à son actif de très beaux résultats.

Si au contraire on est appelé d'une façon plus tardive alors que l'infection s'est déjà manifestée soit par un abcès rétro-utérin, soit par une pelvi-péritonite purulente, la conduite du chirurgien est plus difficile. Je sais bien qu'il est des cas où la malade guérit spontanément par le repos, la glace, l'immobilisation ; mais ce sont des cas exceptionnels et sur lesquels il serait dangereux de compter. Le plus souvent, l'infection est manifeste et se caractérise soit par une localisation pelvienne, soit par une tendance à la généralisation ; dans tous les cas, une intervention s'impose. Mais à quelle méthode donner la préférence, à la colpotomie, à l'hystérectomie vaginale ou à une laparotomie ?

La colpotomie postérieure dans le traitement des accidents consécutifs à une rupture et à une perforation utérine a été depuis longtemps préconisée par les accoucheurs et tout récemment encore par Potocki et Pottet (1). Bien que ce ne soit guère qu'une intervention palliative, bien qu'elle ne répare en rien les lésions, et que ce ne soit qu'une soupape de sûreté contre l'infection, on ne

1. POTOCKI ET POTTET. *Société d'Obstétrique de France*. Effondrement du cul-de-sac postérieur du vagin consécutif à une extraction du siège-péritonite, drainage vaginal, guérison.

peut s'empêcher d'être impressionné par les bons résultats qu'en ont obtenus ces auteurs. Les observations de Devèze (1), de Sourdille (2), de Pillet sont certainement très intéressantes à compiler.

Néanmoins le simple drainage d'un foyer suppuré sans extirpation ou réparation de la cause, sur le moment ou secondairement, ne nous semble pas assez chirurgical à l'heure actuelle, l'utérus perforé et infecté reste une cause perpétuelle de suppuration pour le petit bassin, c'est une éternelle menace, un point d'appel pour les adhérences intestinales et viscérales.

Traite-t-on, en effet, une plaie de l'intestin ou une perforation, par une simple laparotomie de drainage sans tenter la suture et l'enfouissement. Pourquoi agir autrement vis-à-vis de l'utérus, surtout de l'utérus infecté sans tendance à l'involution, qui pourrait à la rigueur obstruer spontanément l'orifice de perforation.

D'ailleurs, en réponse à la colpotomie nous trouvons de nombreux cas de perforation utérine terminées par la guérison par une intervention plus complète, en particulier par la laparotomie.

Weiss de Nancy en a publié un cas (3), mon collègue

1. DEVÈZE. *Montpellier Médical*, 1907, tome II, page 19. Perforation de l'utérus puerpéral et pelvi-péritonite, colpotomie, guérison.

2. SOURDILLE. *Revue de Gynécologie*, 1905, page 881. Perforation utérine, colpotomie, guérison.

3. WEISS. *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 1906, page 393. « Perforation de l'utérus, drainage abdomino-vaginal, guérison. »

Faix en a opéré un cas (1), moi-même j'en ai un à mon actif que je citerai au chapitre des observations (voir obs. n° 23).

Enfin, il y a des auteurs qui préconisent l'hystérectomie vaginale dans le traitement des perforations utérines, elle me semble surtout indiquée pour des perforations par manœuvres abortives chez des utérus de grossesse récente. Cette opération est peu choquante, draine bien et supprime en même temps le corps du délit et c'est à elle que je donnerais la préférence, bien que ce soit un traitement un peu radical, elle me semble beaucoup moins dangereuse que la voie haute, en présence d'une suppuration pelvienne même limitée et enkystée (voir obs. n° 24).

Pour nous résumer au sujet des perforations de l'utérus gravide et des accidents qui les accompagnent, je crois que la colpotomie n'est qu'une méthode d'exception réservée seulement aux cas très avancés ; elle ne nous paraît vraiment indiquée que comme palliatif si l'on manque de matériel chirurgical ou si l'on est appelé trop tard alors qu'il existe un gros abcès pelvien ou de la pelvi-péritonite contre-indiquant une intervention plus sérieuse, laparotomie réparatrice ou hystérectomie vaginale.

1. FAIX. « Perforation utérine, laparotomie, drainage abdomino-vaginal, guérison ». observ. n° 22.

DE LA COLPOTOMIE DANS LE TRAITEMENT
DES COLLECTIONS SOUS-PÉRITONÉALES

Ces collections qui comprennent : les paramétrites suppurées, le phlegmon de la gaine hypogastrique ou mieux de la base du ligament large, les thrombo-phlébites utérines suppurées surviennent toutes trois dans des conditions identiques, c'est-à-dire quelques jours après un accouchement ou un avortement septique, plus rarement après une simple intervention sur les annexes ou l'utérus.

Elles se caractérisent au toucher par une fixité de l'utérus repoussé d'un côté et entouré latéralement et en arrière par une coque en forme de croissant, ligneuse, puis se ramollissant progressivement, bien que ces collections ne bombent pas toujours dans le cul-de-sac postérieur mais plus souvent dans un des culs-de-sac latéraux. Je crois qu'une large colpotomie postéro-latérale suffit généralement pour les vider, le doigt achève d'ailleurs l'ouvrage du bistouri en détruisant toutes les logettes et en effondrant directement tous les clapiers purulents.

On a pu, même dans les thrombo-phlébites suppurées des veines utérines réséquer par la voie vaginale les gros troncs envahis (Taylor) (1) et les observations citées par Raymond sont intéressantes à consulter. Je

1. TAYLOR. *British Gynæck*, J. London, 1905-1906.

lui en ai emprunté une qui trouvera sa place plus loin (voir observation n° 25).

Dans toutes ces collections bien limitées, accessibles au doigt, indépendantes des annexes qui ne présentent qu'un œdème de leur tissu cellulaire sous-séreux, la colpotomie est une bonne opération si elle est pratiquée à temps ; après elle, et dès que le foyer suppuré est bien drainé, on verra petit à petit diminuer l'induration du petit bassin, disparaître l'œdème sous-séreux, régresser les lésions congestives de l'utérus et de ses annexes.

Seulement il faudra que la colpotomie soit précoce car dans les suppurations du paramètre, il est fréquent de constater des fusées purulentes à distances : vers la fesse, vers la fosse iliaque interne, vers l'abdomen (1).

Dans ces cas il faudra souvent compléter la colpotomie par une incision abdominale atteignant directement l'abcès : c'est une véritable laparotomie sous-péritonéale qui pourra être d'un réel secours. La colpotomie sera naturellement inefficace dans le traitement des suppurations diffuses du petit bassin et en particulier de la cellulite pelvienne.

1. DELBET. *Thèse de Paris*, 1890. Des suppurations pelviennes chez la femme.

CHAPITRE XIII

L'AVENIR DES MALADES COLPOTOMISÉES

Si on examine avec soin ce que deviennent les malades colpotomisées on voit que la plupart sont immédiatement soulagées (voir la plupart de nos observations). La température tombe le plus souvent sans cependant rester complètement à la normale ; les douleurs disparaissent et le pouls devient moins fréquent, petit à petit l'état général s'améliore et après deux à trois semaines de drainage, les malades quittent l'hôpital à peu près guéries.

Quelques-unes ne reviennent pas, ce sont là les très bons cas. D'autres au contraire reviennent rapidement consulter leur médecin et si on les examine on constate que les lésions annexielles ont subsisté et qu'il sera nécessaire d'avoir recours à une laparotomie complémentaire (voir observation n° 9), même lorsque les lésions annexielles ont singulièrement régressé, il n'est pas rare de constater par le toucher une induration du Douglas, correspondant à des adhérences douloureuses

entre l'utérus, les annexes et le rectum d'où névralgies pelviennes persistantes et constipation opiniâtre.

Enfin beaucoup de malades conservent pendant des années des fistules vaginales rebelles. Blanc (1) en a signalé qui étaient devenues interminables ; M. le professeur Reclus fut obligé une fois de recourir à la laparotomie pour guérir une de ces fistules vaginales et nous savons combien la laparotomie est dangereuse au milieu de telles adhérences. Monod a signalé une fistule analogue ayant duré plus de trois ans. Terrier, Terrillon, Routier en ont signalé d'analogues ; l'observation 8 de ma thèse en signale également un cas qui a duré près de deux ans.

C'est-à-dire que ces fistules sont loin d'être rares et méritent d'être prises en considération, la présence de pus coulant continuellement par le vagin est une nouvelle cause d'infection pour l'utérus et la vessie ; les malades sont de véritables infirmes et ne peuvent guère travailler pendant tout le temps que donne leur fistule, elles continuent quelquefois à souffrir et si on pratique le toucher longtemps même après une colpotomie fistulisée on sent un cul-de-sac postérieur fongueux et scléreux, un fond de vagin cartonné et un utérus souvent en rétro déviation et fixé au rectum par des adhérences multiples ; enfin de nombreux points douloureux dans le petit bassin correspondant vraisemblablement aux lésions originelles et causales sur lesquelles la colpotomie n'a pu avoir aucune prise.

1. BLANC. *Thèse de Lyon*, 1887.

Les seules malades qui semblent absolument guéries sont celles qui ont présenté un abcès chaud pelvien d'origine puerpérale ou post-abortive ou encore une pelvi-péritonite aiguë) et qui ont eu la chance d'être incisées d'une façon très précoce.

Enfin il nous faut citer un certain nombre de malades chez lesquelles la colpotomie n'a apporté aucune amélioration et qui ont dû rapidement subir une hystérectomie abdominale ou vaginale pour être complètement soulagées.

Avantages de la colpotomie.

A côté de ces complications qui plaident peu en faveur de la colpotomie postérieure il serait injuste de ne pas signaler certains avantages de cette intervention.

C'est d'abord une opération conservatrice laissant à la malade l'utérus et ses annexes et, on sait l'importance considérable qu'on attache aujourd'hui à la sécrétion interne de l'ovaire et à la chirurgie conservatrice des organes pelviens. Elle permet en effet aux malades d'être encore réglées et de devenir enceintes, et elle est à ce titre beaucoup plus facilement adoptée qu'une intervention radicale comme l'hystérectomie. Je sais bien que d'après M. le professeur Pozzi, la plupart de ces malades ont le plus souvent un utérus malade, des annexes sclérosées et le plus souvent impropres à la génération (1) mais il existe cependant des observations de

1. Pozzi. *Société de chirurgie*, 1890.

femmes devenues enceintes après une colpotomie. Morely(1) en cite une dans sa thèse et il y en a en quelques autres que je ne peux malheureusement pas citer ici.

Enfin chez les femmes de la classe aisée, pouvant garder fréquemment le repos, et se soigner longtemps, la colpotomie peut être assez efficace, si la malade peut consacrer six mois au refroidissement complet de ses lésions et à la régression spontanée de sa salpingite ou de sa péri-mérite.

1. MORELY. *Thèse de Paris*, 1899, page 101.

CHAPITRE XIV

COMMENT IL FAUT FAIRE LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

Dans les cas assez restreints où la colpotomie postérieure est une bonne intervention, il faut qu'elle soit faite avec certaines précautions et d'une façon assez large cependant : ce n'est pas seulement, en effet, une simple incision de drainage, c'est quelquefois une véritable laparotomie vaginale et comme telle elle doit être menée avec une certaine technique sur laquelle nous nous permettrons d'insister en quelques points.

La technique de la colpotomie postérieure en général ne présente guère de difficultés sérieuses et est bien exposée dans les traités classiques (1-2). Cependant il

1. MONOD ET VANVERTS, 1^{re} édition, *Traité de technique chirurgicale*.

2. VEAU. *Chirurgie d'urgence*, « Ouverture des abcès pelviens ».

est assez important pour la bien exécuter de considérer deux cas.

Ou bien : la collection est haut située, plus pelvienne que vaginale et alors l'intervention peut être assez délicate.

ou bien : la collection bombe franchement vers le Douglas et est *très facile à ouvrir*.

J'insisterai d'abord sur un point : c'est la nécessité à mon point de vue d'opérer chez des malades anesthésiées, l'anesthésie seule, en effet, permettra après l'incision d'explorer suffisamment les lésions, ce qui est un des gros avantages de la colpotomie, de libérer prudemment des adhérences quelquefois très tenaces, et de refouler des anses grêles, si elles se présentent par l'incision, ce qui est le gros danger de cette intervention (1).

Comment se livrer sans danger à une exploration pelvienne complète et à des manœuvres, un peu brutales, disons le mot, sans anesthésie générale.

J'ai vu des opérateurs très distingués déchirer l'intestin et ouvrir le rectum en faisant une colpotomie et les malades chez qui on a libéré par la boutonnière vaginale des adhérences pelviennes, sans anesthésie, se sont toujours plaintes d'avoir horriblement souffert. Ce n'est donc pas seulement l'incision du Douglas qui est douloureuse, c'est le toucher intra-pelvien complémentaire et c'est justement lui qui est si précieux dans la colpotomie postérieure. Comme l'intervention est rapide, je crois donc qu'on peut toujours anesthésier les malades

1. Pozzi, *Traité de Gynécologie*, « Abscess pelviens ».

soit au chlorure d'éthyle en inhalation, soit au chloroforme, soit par l'anesthésie rachidienne que j'ai vu si souvent pratiquée chez mon maître, M. Tuffier, et que j'ai utilisée moi-même avec succès; elle m'a permis d'opérer des malades chez lesquels le chloroforme m'aurait donné des désastres car le foie et le rein étaient très touchés, chez les grandes infectées par exemple ou chez des albuminuriques (voir à ce propos l'*observation* n° 11).

J'insisterai aussi sur la préparation de la malade, on se souviendra, en effet, qu'on va faire une laparotomie vaginale et qu'il faut être prudent. Je crois donc utile de raser les malades et de nettoyer le périnée et la vulve comme pour une véritable opération. Quant au lavage du vagin, il doit être soigné, mais sans exagération; une compresse, du savon et une bonne injection suffiront. Notre maître, M. Ricard, nous a fait plusieurs fois remarquer combien il était illusoire de broser un vagin toujours plus ou moins infecté, on peut d'ailleurs créer si l'on est brutal des ulcérations mécaniques qui pourront ouvrir la porte à l'infection.

Dans les formes graves de l'infection puerpérale, le vagin est inondé de lochies très septiques, souvent il existe des plaques de sphacèle sur la muqueuse; il serait dangereux de broser brutalement ces escharres, d'ouvrir les voies lymphatiques du vagin à une infection plus grave, une simple injection antiseptique sera certainement plus utile et moins illusoire.

Comme instrumentation: une valve, une pince à traction, une pince-longuette et un bistouri ordinaire suffiront.

L'incision sera non seulement postérieure mais aussi postéro-latérale s'il le faut, et si l'étroitesse du vagin le commande, elle sera longue de 4 à 5 centimètres environ, curviligne, à concavité antérieure.

La muqueuse incisée en entier, on laissera le bistouri pour travailler du doigt le long de la face postérieure de l'utérus jusqu'à ce qu'on arrive sur la vraie collection, sans se laisser égarer par les quelques cuillerées de sérosité qui filtrent quelquefois dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Après l'effondrement du cul-de-sac pelvien on détruira les logettes purulentes et on explorera du doigt l'utérus et les annexes pour en connaître les lésions, puis on drainera largement au point voulu.

On pourra se servir d'un drain ordinaire pourvu qu'il soit énorme et non perforé si ce n'est à son extrémité supérieure; rigide mais pas armé car il pourrait produire des escharres vaginales; ce drain doit remonter au-dessus du péritoine pelvien et être franchement dans le petit bassin; un drain mal placé, soit trop haut, dans l'abdomen, soit trop bas (comme cela est arrivé à Guéniot (1) qui le plaça dans le tissu cellulaire du petit bassin, faisant ainsi une colpotomie blanche) peut compromettre singulièrement le succès de l'opération.

Aussi est-il important de le bien placer: si on éprouve quelque difficulté à l'introduire, on pourra avoir recours à la manœuvre suivante que je tiens de M. Lesage, ex-

1. GUÉNIOT. *Annales de la Société d'Obstétrique de France*, 1903.

« Péritonite post-abortum, échec de la colpotomie, mort. »

terne des hôpitaux, et qui m'a paru extrêmement commode. Une pince à pansement utérin est introduite dans la lumière du drain et ressort par ses deux branches à 1 centimètre environ de l'extrémité à introduire, par deux orifices latéraux et symétriques. La pince une fois fermée et coiffée du drain est introduite très facilement par la brèche vaginale et portée juste au point que l'on désire ; l'opérateur maintenant le drain par son extrémité inférieure, ouvre la pince et l'enlève très facilement de la lumière du tube en la retirant lentement.

Le drain est coupé au ras de la vulve et protégé par une mèche de gaze et un pansement occlusif.

Il est bon de placer dans la vessie une sonde à demeure et de constiper quelques jours la malade, de façon à n'avoir qu'à renouveler le pansement extérieur et à éviter toutes les causes d'infection de voisinage : urines et matières.

Le drain sera supprimé lorsqu'il ne donnera plus (2), c'est-à-dire huit à dix jours après dans les bons cas ; après quelques semaines, dans les vieilles suppurations pelviennes. Pendant toute cette période les petits soins consécutifs seront donnés avec beaucoup d'attention et pourront certainement influencer sur les résultats de la colpotomie car une malade insuffisamment

1. LESAGE. *Société d'Obstétrique de Paris*, 21 janvier 1909.

2. Il nous paraît absolument inutile de retirer le drain tous les jours pour le remettre à l'aveuglette dans la brèche vaginale : on le nettoiera par une simple injection vaginale et on ne le sortira pas avant la fin de la suppuration.

surveillée peut s'infecter secondairement et mettre beaucoup plus de temps à guérir (voir observation n° 7).

Dans les cas d'infection grave et en particulier dans les péritonites puerpérales, on pourra placer la malade dans la position de Fowler, c'est-à-dire étendue sur un fauteuil, presque verticale, d'où drainage très efficace (Raymond).

CHAPITRE XV

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle, résumée*).

Abcès pelvien d'origine appendiculaire.

Colpotomie postérieure : guérison. *

Femme de 35 ans : plusieurs enfants et une fausse couche, pas d'infection génitale précise. Entre au mois d'août 1904, à l'infirmerie de la Maison départementale de Nanterre, pour douleurs abdominales très vives, avec vomissements, élévation thermique, accélération du pouls; la malade se laisse mal examiner : cependant, par le toucher, on sent une masse douloureuse et fluctuante au fond du Douglas.

Une colpotomie est pratiquée séance tenante : elle donne issue à un demi-litre environ de pus extrêmement fétide. Suites opératoires excellentes; le drain est retiré le huitième jour ; — et la malade sort guérie.

Quelques semaines plus tard : la malade refait une nouvelle poussée ; après le traitement médical classique, la malade est

améliorée, mais elle quitte le service quand on lui propose dans la suite l'ablation de son appendice.

Observation II (résumée).

Extrait des cliniques chirurgicales de M. LEGARS,
à l'hôpital Saint-Antoine.

*Gros abcès pelvi-péritonitique bombant dans le vagin.
Laparotomie. — Guérison.*

Femme de 32 ans, ayant eu un accouchement à terme et deux fausses couches, est prise au début de novembre 1896 d'une douleur brusque dans le bas-ventre, qui s'accroît les jours suivants, avec élévation de la température, sans s'accompagner d'ailleurs de vomissements. Le début de la douleur coïncide avec les règles, en retard de trois semaines, mais la perte n'est pas plus abondante que de coutume et s'arrête complètement au bout de quatre jours.

Le 17 novembre on trouve une tumeur médiane, volumineuse, ovoïde, remontant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, mal limitée sur ses contours, douloureuse au palper ; au toucher on sent le col refoulé derrière la symphyse et dans le *cul-de-sac postérieur* le pôle déclive de la tumeur, recouverte d'une paroi vaginale œdématisée. — Le 21, la masse a encore grossi ; on *intervient par le ventre* : on tombe sur de l'intestin adhérent qu'on décolle et qu'on relève du côté gauche, lorsque tout de suite du pus s'écoule : après avoir entouré la région, on élargit l'ouverture et l'on tombe dans une vaste cavité, remplie de pus, sans paroi continue ; on ne sent ni l'utérus ni les annexes. On laisse un gros drain et deux lamelles de gaze ; la cicatrisation est achevée le 31 décembre.

Observation III (résumée).

Extrait de la *Thèse* de d'HERBÉCOURT.

Gros abcès rétro-utérin. — Colpotomie. — Mort.

P. F..., 19 ans, entre dans le service de M. Legars, le 15 mai 1900, à l'hôpital Tenon. Deux mois auparavant : fausse couche de quinze jours environ.

Température : 38°. Au toucher : masse douloureuse dans le cul-de-sac postérieur.

Opération. — *Colpotomie postérieure* : grande quantité de pus. Suites opératoires excellentes, mais dix-sept jours après nouveaux accidents et la malade succombe avant qu'on ait eu le temps d'intervenir par l'abdomen.

A l'autopsie : foyers purulents jusque dans les anses intestinales. Pyosalpinx double. Il est regrettable que l'on n'ait pas fait la laparotomie au début.

Observation IV (résumée).

Extrait de la *Thèse* de SÉNÉCHAL (page 40).

Pelvi-péritonite suppurée formant tumeur.

Laparotomie, ouverture de l'abcès. — Guérison.

Femme âgée de 35 ans, fausse couche il y a douze ans. Entre à l'hôpital Saint-Antoine pour phénomènes abdominaux douloureux qui simulent l'appendicite. Un mois et demi après : intervention. A ce moment le toucher permet de constater une grosse masse dans le cul-de-sac *latéral gauche* et une masse lisse dans la fosse iliaque droite.

Laparotomie médiane; tumeur dont la loge contient 100 grammes environ de pus phlegmoneux; annexes petites mais malades; drainage simple de la poche.

Au toucher on ne sent plus de masse appréciable quand la malade quitte l'hôpital.

Observation V (personnelle).

Hématocèle rétro-utérine. — Colpotomie. — Guérison.

M^{me} X..., artiste lyrique, est amenée d'urgence, la nuit, au mois d'octobre 1906, dans le service de mon maître, M. le Dr Blum, salle Lisefranc, à l'hôpital Saint-Antoine.

Au toucher je sens une masse volumineuse effaçant le Douglas, l'utérus plaqué contre la symphyse; troubles de la menstruation depuis deux mois; retard de quelques semaines seulement; douleurs abdominales vives.

Température à 38°. Ventre souple. Pouls à 100, bien frappé.

Je fais une colpotomie postérieure sous chloroforme; il sort du liquide séro-hématique et des caillots; drain huit jours. La malade sort en excellent état seize jours après; localement le toucher ne révèle plus qu'une petite induration rétro-utérine: je ne l'ai jamais revue et je suppose qu'elle a bien été depuis.

Observation VI (personnelle).

Hématocèle rétro-utérine non supprimée.

Colpotomie postérieure. — Guérison.

M^{me} P..., 39 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon maître, M. Ricard, le 15 janvier 1909.

C'est une femme robuste, bien réglée ordinairement, ayant

eu plusieurs enfants il y a déjà quelques années (5 ans). Malade depuis le 12 décembre 1908 : à cette époque elle a présenté, après un retard de huit jours, des douleurs abdominales assez vives, sans vomissements et sans fièvre, mais une perte de caillots et vraisemblablement de caduque.

Le toucher me permet de constater un utérus dont le col est légèrement ramolli : il est plaqué contre la symphyse par une masse de la grosseur du poing, placée dans le cul-de-sac postérieur.

Malgré l'absence de température (37°), malgré l'indolence de la paroi abdominale, on pratique une colpotomie postérieure, étant donné l'ancienneté de la lésion et la possibilité d'un commencement d'infection.

Cette intervention (1^{er} février) donne issue à une masse de caillots en voie de dégénérescence et à un liquide séro-hématique peu abondant ; pas de pus ; large drainage.

Suites opératoires excellentes : les douleurs disparaissent complètement, la tumeur s'affaisse. Mais, trois jours après l'intervention, on constate une élévation thermique jusqu'à 38° ; liquide séro-hématique ; infection légère ; l'état général reste excellent.

Le 9 février la température est redescendue à la normale, le ventre est souple, mais il sort encore quelques caillots par la brèche vaginale et l'écoulement séro-hématique est d'odeur très fétide.

Observation VII (résumée).

Extrait de la *Thèse de D'HERCOURT* (page 52, obs. III).

Pelvi-péritonite séreuse. — Colpotomie postérieure. — Guérison.

R. M..., 27 ans. Entre à Beaujon, le 19 avril 1898.

En pleine santé, cette femme est prise douze jours avant son entrée à l'hôpital de douleurs abdominales violentes et de vomissements porracés.

A l'examen on trouve une masse épaisse dans le cul-de-sac postérieur : elle remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Opération le 26 avril. — Colpotomie postérieure donnant issue à deux grands verres environ d'un liquide séreux. Le doigt pénètre dans une cavité unique, sans fosselés.

La malade sort guérie au bout de quelques jours ; et revue au mois de décembre de la même année elle était bien portante et ne souffrait plus.

Observation VIII (personnelle).

Abcès pelvien. — Colpotomie postérieure. — Guérison.

M^{me} L..., 37 ans, trois enfants, pas de fausse couche, bien réglée ; elle est amenée dans le service de M. Ricard, au mois d'avril 1907, pour des douleurs abdominales, des pertes peu abondantes sans arrêt manifeste des époques : phénomènes remontant à vingt-neuf jours environ. Au toucher la malade présentait, paraît-il, une masse douloureuse siégeant assez haut dans le cul-de-sac postérieur.

M. Ricard lui fait une colpotomie postérieure donnant issue à une grande quantité de pus.

Suites opératoires assez bonnes : mais le drainage est maintenu pendant cinq mois, la malade continuant encore plusieurs mois à perdre du pus par l'orifice vaginal (15 mois environ).

Cette malade, revue au mois de décembre 1908, va tout à fait bien, sauf un peu de constipation opiniâtre et des douleurs pelviennes très espacées et sans grande acuité.

Au toucher les culs-de-sacs latéraux sont souples, l'utérus bien mobile : mais il reste de l'induration dans le cul-de-sac postérieur qui suinte de temps en temps.

Observation IX (personnelle).

*Colpotomie postérieure pour péri-méto-salpingite suppurée.
Insuccès. — Laparotomie. — Guérison.*

M^{me} C..., 24 ans, entre à l'hôpital pour péri-méto-salpingite symptomatique d'une annexite datant de deux ans ; le 20 mai 1908, température élevée ; Douglas peu saillant, mais douloureux. Malgré le traitement classique, pas d'amélioration au bout de huit jours : sur les conseils de M. Ricard je fais une première colpotomie qui est agrandie au doigt quelques jours après : neuf jours après, défervescence complète ; mais les douleurs persistent.

La malade quitte l'hôpital, mais revient le 20 juillet suivant, car les douleurs ont persisté : mais il n'y a plus de fièvre. Elle accepte une hystérectomie abdominale avec castration bilatérale. L'opération est pratiquée par M. Lobey, que j'ai l'honneur d'assister ; nous trouvons une annexite bilatérale avec un pyosalpinx unique à droite et des vestiges de pelvi-péritonite pour

laquelle on avait colpotomisé la malade. Ablation de l'utérus et des annexes : guérison.

L'incision vaginale n'a donc fait gagner que quelques semaines à la malade mais la laparotomie était indispensable pour la guérir.

Observation X (personnelle).

*Abcès pelvien. — Colpotomie. — Insuccès.
Hystérectomie vaginale secondaire. — Guérison.*

M^{me} B..., 23 ans, entre le 12 mai, à l'hôpital Saint-Antoine, pour phénomènes de pelvi-péritonite : salpingite ancienne.

Au toucher : cul-de-sac droit douloureux et tuméfié ; vagin chaud ; température à 39°.

Traitement classique jusqu'au 1^{er} juin : sans amélioration notable.

M. Ricard lui fait alors, sous chloroforme, une colpotomie donnant issue à un verre de pus. Drainage, quinze jours ; la température reste toujours élevée au delà de 39°, avec de grandes oscillations symptomatiques des grandes suppurations. En plus l'état général est mauvais : le teint terreux, les conjonctives subictériques.

Le 29 juin. — On constate au toucher un gros abcès *abdomino-pelvien* qui est incisé par une laparotomie faite dans le flanc droit sur la tumeur.

Le 23 juillet. — La malade, améliorée, quitte le service avec une fistule abdominale.

Le 16 octobre. — Elle rentre de nouveau dans le service, absolument cachectique et avec des phénomènes d'hecticité des plus nets : diarrhée, pâleur, albuminurie.

Le 31 octobre. — Hystérectomie vaginale par M. Ricard ; opération pénible, nombreuses adhérences, poches salpingiennes toutes petites mais scléreuses.

Le 18 novembre. — La malade quitte le service complètement guérie ; la fistule abdominale ne donne plus.

Observation XI.

*Suppuration pelvienne chronique. — Colpotomie — Insuccès.
Hystérectomie vaginale — Guérison.*

M^{me} P..., 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 14 mai 1908. Malade depuis huit ans et opérée depuis la même époque, à Nevers, pour *salpingite purulente*. Depuis l'opération elle garde une fistule intestinale et souffre continuellement.

A son entrée dans le service elle présente un aspect d'infection : teint blafard ; 2 grammes d'albumine par litre d'urine ; fièvre ; douleurs pelviennes ; au toucher, masse dure dans le cul-de-sac gauche, très douloureuse.

M. Ricard lui fait une colpotomie postérieure, donnant issue à un demi-verre de pus. Après cette intervention amélioration manifeste ; la température s'abaisse et la malade peut partir en convalescence.

Elle revient trois mois après, avec 12 grammes d'albumine, un mauvais état général ; on constate alors, au toucher, les mêmes signes de pelvi-péritonite plastique. Température à 37°5.

On lui fait alors une hystérectomie vaginale à la *stovaine lombaire* en raison de l'état de ses reins : on enlève un petit utérus scléreux sans poches annexielles.

Fuites opératoires excellentes : la malade quitte le service absolument guérie ; sa fistule intestinale a disparu.

Observation XII (personnelle).

*Abcès pelvien. — Colpotomie. — Insuccès.
Hystérectomie vaginale tardive. — Mort.*

M^{me} L..., 25 ans ; pas de passé génital précis.

Entre le 1^{er} juillet 1908, salle Lisefranc, venant du service de M. Siredey. Signes de pelvi-péritonite et au toucher grosse masse comme le poing dans le Douglas, très douloureuse ; muqueuse tuméfiée et œdématiée, utérus repoussé en avant. Après cinq jours d'immobilisation et deglace, M. Ricard pratique une colpotomie, et trouve derrière l'abcès, peu abondant il est vrai, un gros pyosalpinx avec adhérences pelviennes nombreuses, d'où poches multiples ; la poche est effondrée et le tout largement drainé. Malgré la colpotomie, les oscillations continuent ; la malade se cachectise petit à petit.

Le 25 juillet. — M. Labey, alors chef de service, décide la malade à une intervention plus complète. Hystérectomie vaginale : utérus infantile, annexes petites, scléreuses, très adhérentes ; en les libérant, on ouvre un diverticule contenant un petit verre à bordeaux de pus phlegmonieux.

Suites opératoires mauvaises et mort le cinquième jour ; l'autopsie n'a pu être pratiquée, la malade ayant voulu aller mourir chez elle. Mais nous voyons que là encore, la colpotomie avait été insuffisante.

Observation XIII (personnelle).

*Pyosalpinx volumineux et abcès pelvien haut placé.
Colpotomie postérieure. — Amélioration passagère.*

M^{me} M..., 22 ans, entre le 24 décembre 1908, salle Lisefranc, dans le service de M. Ricard, pour annexite double suppurée, datant de quatre ans environ. Au toucher, on sent grosse masse à droite, irrégulière et douloureuse ; utérus fixé, induration mal limitée à gauche. Température à 40° le soir, à 37° le matin ; grandes oscillations jusqu'au 23 janvier 1909 ; sans amélioration par le traitement classique ; pas de pelvi-péritonite ; ventre sans ballonnements ; pas de vomissements. Pouls : 90, bien frappé.

Devant ce mauvais état général : fièvre, douleurs, hecticité, et malgré l'absence de tuméfaction du Douglas, on fait une colpotomie, difficilement, en effondrant au doigt une poche haut située.

Suites opératoires. — La malade est immédiatement soulagée et reprend de l'appétit ; le sommeil réapparaît.

Le 24 janvier. — 36°8.

Le 25. — 37°2.

Le 26. — 38°2.

Le 27. — 39°.

Depuis grandes oscillations comme avant l'intervention ; l'orifice vaginal donne peu, quoique béante ; les douleurs réapparaissent.

Le 2 février. — L'examen permet de constater à nouveau une poche à droite.

Le 9 février. — L'orifice vaginal ne donne plus ; l'état général est meilleur, mais la malade garde encore 37°9 de température.

Le 14 février. — La température est à 37°; la malade ne souffre plus du tout; le toucher me permet de constater deux pyosalpinx, mais ils sont mobiles, peu douloureux, très différents de l'empâtement péri-annexiel que j'avais observé au début.

La malade est donc sauvée au point de vue de l'existence et prête, en tous cas, à subir dans de bonnes conditions l'hystérectomie abdominale ou vaginale.

Observation XIV.

Extrait de la *Thèse* de d'HERBÉCOURT.

Sapingite suppurée d'origine puerpérale faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur. — Colpotomie.

M^{me} B..., ménagère. Entrée le 5 octobre 1900 à l'hôpital Tenon. A la suite d'un accouchement, qui date de six semaines, accidents fébriles, douleurs pelviennes; on constate dans le cul-de-sac postérieur une grosse masse pseudo-fluctuante, douloureuse, recouverte d'une muqueuse vaginale œdématiée et se continuant à gauche avec une tuméfaction bosselée plus dure, également douloureuse et manifestement annexielle. On prend le parti d'inciser d'abord l'abcès par le vagin et de réserver à plus tard l'intervention complète par le ventre.

Opération le 18 octobre. — Incision transversale du cul-de-sac postérieur après curetage utérin. On tombe sur une masse rétro-utérine d'une dureté extrême, accolée à l'utérus d'une part et recouverte d'autre part d'une languette épiploïque. On se rend compte qu'il s'agit de la trompe gauche prolabée et entourée d'adhérences très solides. Avec le doigt on décolle la masse de la face postérieure de l'utérus et à ce niveau on ouvre l'ab-

cès qui contient environ deux cuillerées de pus. Lavage. Drain.
Pansement vaginal.

Sortie le 4 novembre, mais a encore un peu de température.
Douleurs à la marche.

La malade, revue le 27 novembre, rentre dans le service : l'état général s'est sensiblement amélioré mais il reste à gauche la masse annexielle signalée plus haut que l'on a cette fois à enlever par la laparotomie.

Observation XV.

Extrait de la *Thèse de D'HERBÉCOURT.*

Salpingo-ovarite. — Absès rétro-utérin. — Colpotomie.
Amélioration. — Hystérectomie vaginale ultérieure.

M. G..., 40 ans. Généralement bien réglée. A eu il y a quatre ans une poussée de pelvi-péritonite. Depuis cette époque la malade a toujours conservé quelques douleurs pelviennes.

14 octobre 1891. — En rentrant d'un bal, la malade est prise de douleurs très vives dans le ventre, avec nausées et vomissements. Les règles, qui avaient cessé depuis huit jours, reparais-sent, et ne s'arrêtent que le 25 octobre.

Examen. — Fièvre, ventre ballonné, plastron abdominal du côté gauche, utérus plaqué contre le pubis par une masse réni-tente qui occupe les culs-de-sac postérieurs et latéraux.

Opération le 29 octobre. — Incision transversale du cul-de-sac postérieur. Premier abcès dans la base du ligament large gauche, puis sensation du tumeur lisse et arrondie à droite de l'utérus, grosse comme un tête de fœtus. L'opérateur la rompt avec les doigts ; il s'en échappe une grande quantité de pus fétide des

annexes gauches, une masse dure et adhérente à la paroi pelvienne. Lavage, drainage, tamponnement du vagin.

Le 31. — Pansement.

2 novembre. — Temp. : 37°, mais la langue est encore mauvaise et le ventre sensible. Deuxième pansement.

Le 27. — Vomissements, frissons, température élevée. Utérus complètement immobilisé, grosse tuméfaction à gauche montant jusqu'à l'ombilic.

Le 28. — Agrandissement de l'ouverture vaginale et rupture à grand'peine de la nouvelle collection.

8 décembre. — La malade va beaucoup mieux.

Résultat éloigné. — En avril 1893, la malade rendant toujours du pus, subit l'hystérectomie vaginale.

Observation XVI

Colpotomie postérieure pour collection péri-annexielle bombant dans le Douglas. — Amélioration notable.

M^{me} M..., 46 ans, entre au mois de janvier 1909, salle Lise-franc, dans le service de mon maître, M. Ricard : la malade se plaint depuis huit jours environ de douleurs abdominales, de quelques pertes et de vomissements verts(?)

Comme antécédents : pas de passé génital net, trois enfants, pas de fausses couches, pas de pertes blanches, mais seulement des règles irrégulières.

Elle aurait été soignée, il y a onze ans, par M. Blum, qui lui aurait fait une colpotomie pour évacuer, dit-elle, une poche de sang; elle serait sortie de l'hôpital après un mois de séjour et complètement guérie.

Actuellement (20 janvier) le toucher permet de constater un utérus plaqué derrière la symphyse et un cul-de-sac postérieur douloureux et effacé ; la main abdominale sent difficilement une grosse masse dans le flanc droit ; il y a de la défense de la paroi mais pas de ballonnement du ventre. Pouls à 100, bien frappé ; température à 38°3.

Traitement classique : glace et lavement chaud. Au bout de huit jours pas d'amélioration ; on se décide alors à pratiquer une colpotomie postérieure qui donne issue à une grande quantité de pus.

Suites opératoires assez bonnes : la malade est immédiatement soulagée mais garde encore cinq jours une température voisine de 38°.

Le 8 février. — La température est à 37° et s'y maintient depuis ; la malade ne souffre plus du tout et pourra guérir complètement ; en tout cas, elle est en très bonne posture pour subir dans la suite, s'il y a lieu, une laparotomie complémentaire.

Observation XVII (personnelle).

Abcès chaud pelvien. — Colpotomie. — Guérison rapide.

M^{me} M..., 37 ans. Entre le 15 janvier 1909 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisefranc, dans le service de M. Ricard, pour des métrorragies abondantes et des douleurs pelviennes.

Elle n'a jamais présenté de retard de règles ; mais au mois de novembre dernier, dix jours après ses époques, elle a commencé à perdre en abondance jusqu'au 8 décembre ; depuis cette époque, jusqu'au 15 janvier, pertes insignifiantes mais continues.

M. Ricard, qui la voit à cette époque, pose le diagnostic de métrite hémorragique et conseille un curettage, qui est pratiqué le 28 janvier.

Suites opératoires mauvaises: fièvre à 38°5; pouls rapide; le 4 février le toucher permet de constater, dans le cul-de-sac de Douglas, une masse ovoïde, douloureuse, fluctuante, de la grosseur d'un œuf ordinaire et intimement accolée à l'utérus.

Le 10 février. — Je lui fais une *colpotomie* sous chloroforme; le toucher me démontre une poche unique, régulière, sans clapier, où je place un gros drain; suites opératoires excellentes: chute immédiate de la température, pouls à 60. Les douleurs ont disparu.

Le 14 février. — Le drain ne donne plus.

Le 18. — Il est complètement supprimé.

Observation XVIII.

(KALTEMBACH, cité par KAYSER. *Arch. f. Klin. medical*, 1876.)

Péritonite aiguë post-partum. — Colpotomie postérieure.

Guérison.

Femme de 45 ans. Quatrième accouchement. Péritonite aiguë dont la malade ne se relevait pas. Par le cul-de-sac postérieur du vagin, on lui fait une incision au bistouri par laquelle on vide un demi-litre de pus: la femme guérit bientôt.

Observation XIX (résumée).

Extrait de la *Thèse* de RAYMOND.

*Péritonite aiguë post-partum. — Colpotomie postérieure.
Guérison.*

Femme de 36 ans, multipare, présente, deux jours après son dernier accouchement (1^{er} avril 1906), 39°5 de température.

Les jours suivants signes nets d'infection atténuée et de pelvi-péritonite, puis rapidement de péritonite généralisée.

M. Guinard, dans le service duquel la malade était soignée, lui fait une colpotomie postérieure donnant issue à un demi-litre de bouillon sale.

Les suites opératoires sont excellentes; le drain est enlevé le treizième jour et la malade, au bout d'un mois, sort de l'hôpital complètement guérie.

Observation XX (résumée).

In SOURDILLE. *Revue de Gynécologie*, 1905, page 877.
Infection puerpérale. — Colpotomie. — Mort.

Jeune femme atteinte d'infection post-abortive. Entre à l'hôpital Lariboisière en avril 1905.

Signes nets d'infection puerpérale sans aucun symptôme de collection purulente abdominale ou pelvienne. Colpotomie postérieure un peu tardive donnant issue à 1 lit. 1/2 de pus fétide; collection cliniquement impossible à diagnostiquer.

Mort quelques jours après.

Observation XXI.

Extrait de la *Thèse* de RAYMOND.

Pelvi-péritonite post-partum. — Colpotomie. — Guérison.

Désirée D..., 32 ans, infirmière.

La malade a accouché il y a un mois à terme ; tout s'est passé régulièrement.

Quelques jours après, élévation de température qui oscille entre 38 et 39° ; il y a eu des douleurs abdominales avec ballonnement du ventre et vomissements. Frissons violents plus fréquents depuis quelque temps. Elle entre à l'infirmérie de l'hospice d'Ivry, dans le service de M. Guinard, le 17 novembre 1899.

On constate ce jour un ventre tendu, douloureux surtout dans ses parties inférieures. Il y a eu des vomissements ce matin. Température : 39° ; pouls rapide mais régulier.

Le toucher montre le cul-de-sac de Douglas plein, dur, douloureux.

Colpotomie postérieure. Issue d'un verre à bordeaux de pus épais non fétide; lavage drain en T gaze.

Guérison remarquable. La malade sort le 2 décembre.

Observation XXII.

(Due à l'obligeance de mon collègue et ami FAIX.)

Perforation utérine. — Laparotomie. — Guérison.

M. P..., 27 ans, entre le 2 août 1907, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr Beurnier. La malade vient de faire une fausse couche de trois mois et demi et présente des signes manifestes

de rétention placentaire : température, lochies très fétides, utérus gros et mou.

Curettage le lendemain : la curette passe directement dans le ventre ; perforation antérieure à l'intervention.

Devant l'infection manifeste du petit bassin, il ne faut pas songer à faire de la conservation, et M. Faix pratique d'urgence une hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal. A l'ouverture du ventre un abcès dans le Douglas et une perforation ancienne, recouverte de fausses membranes.

La malade guérit, malgré une fistule vésico-vaginale qui fut réparée ultérieurement.

Observation XXIII (personnelle).

Perforation utérine ancienne. — Abcès rétro-utérin.

Laparotomie. — Guérison.

Malade de 33 ans, M. D..., rue de Paris, Pantin, envoyée par mon excellent confrère, le Dr Lepicard, de Pantin, au mois d'octobre 1907, pour pelvi-péritonite avec salpingite probable ; l'interrogatoire ne me donnant aucun renseignement je mets la malade au traitement classique : glace, injection, repos. Après un mois d'attente, je fais une laparotomie et je trouve un abcès enkysté entre l'utérus, le côlon transverse et le rectum, avec une perforation rétro-utérine de la grosseur d'une pièce de 1 franc. Je fais une hystérectomie abdominale totale, car il existe aussi des lésions annexielles, et ma malade guérit très bien après avoir présenté pendant quinze jours une fistule stercorale qui a complètement disparu au moment où la malade retourne chez elle. Je l'ai revue depuis et je l'ai trouvée en excellent état.

Observation XXIV (personnelle).

Perforation utérine par manœuvres abortives. — Pelvi-péritonite purulente. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

Femme de 23 ans est amenée dans le service de mon maître, M. Beurnier, à l'hôpital Saint-Louis, avec les phénomènes douloureux dans le petit bassin ; défense de la paroi ; température à 40° ; pouls à 110. La malade m'avoue immédiatement ses manœuvres abortives avec une longue canule de verre. Je pratique alors immédiatement une hystérectomie vaginale derrière laquelle il sort un grand verre de pus. Drain pendant douze jours. Guérison.

Observation XXV.

(TAYLOR. *Brit. gynæck. J. London*, 1903-1906, 75, 87. « *On the value of colpotomie, in the trombotic form of puerperal « feber ».* ».)

Trombo-phlébite utérine. — Colpotomie. — Guérison.

F..., 30 ans, deux enfants, enceinte vers la fin de février 1904.

Se fit avorter elle-même en s'introduisant des morceaux d'os dans le col de la matrice, pendant plusieurs mois tous les jours.

4 juin. — Issue d'un fœtus de trois mois ; on vide l'utérus sous chloroforme.

Rien pendant treize jours, puis frissons, sueurs, et sur la fin de juin elle était d'une pâleur mortelle avec pouls à 131, facies anxieux.

Toucher vaginal. — Tuméfaction dure, étendue à droite : j'ai supposé que c'était un petit abcès, d'autant plus qu'il y a déjà

eu évacuation de pus par le vagin avec atténuation des symptômes.

Opération le 7 juillet. — Température: 39° ; pouls: 148. Ouverture du Douglas.

Je trouve, comme que je m'y attendais, que la tuméfaction était constituée par la thrombose de la vessie ovarienne droite. Il ne me semble pas avoir ouvert, pendant l'opération, aucune collection. Je tamponne la région derrière la thrombose avec de la gaze iodoformée.

Amélioration: quinze jours après la malade entre en convalescence.

CONCLUSIONS

De cette série d'observations nous pouvons conclure :

1° Que la colpotomie postérieure est une bonne incision de drainage pour les collections pelviennes, puisqu'elle assure l'écoulement permanent des liquides pathologiques.

2° Qu'elle évacue le contenu de collections pelviennes sans s'attaquer à leur cause, et que par conséquent on lui préférera la laparotomie ou l'hystérectomie chaque fois qu'il existera des lésions pelviennes bien nettes et que les circonstances le permettront.

3° La colpotomie postérieure sera souvent une incision d'urgence qu'il faudra pratiquer soit dans les suppurations pelviennes aiguës, où il y a, par conséquent, un danger immédiat à éviter ; soit dans les suppurations pelviennes subaiguës, mais sans tendance au refroidissement. Elle devra être pratiquée quand il existe une température élevée coïncidant avec des signes manifestes de suppuration pelvienne.

4° La colpotomie pourra être curative dans certains

abcès chauds pelviens et dans la forme pelvi-péritonitique de l'infection puerpérale.

5° Elle sera le plus souvent palliative, ou mieux intervention préliminaire dans le traitement des collections annexielles et péri-annexielles justiciables de l'hystérectomie.

6° Dans les cas douteux de lésions pelviennes, elle pourra être pratiquée en tant qu'incision exploratrice, en raison de sa bénignité opératoire.

7° La colpotomie, s'accompagnant presque toujours d'un toucher intra-pelvien, devra être pratiquée sous chloroforme.

8° La colpotomie postérieure est donc le plus souvent une opération d'attente, permettant secondairement d'exécuter plus tôt une laparotomie ; elle n'est que très rarement une opération curative et définitive.

Vu : le Président de la thèse.

POZZI

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BERTRAND. — *Thèse de Lyon*, 1908 : Absès froids tubaires.
- BRINDEAU. — Cité dans *Quinzaine thérapeutique*, 1908.
- BROCA. — Salpingite et absès pelvien. *Gazette hebdomadaire*, 29 juin 1888, page 259.
- BONNECAZE. — Valeur et indication de l'incision vaginale pour les tumeurs de la trompe et de l'ovaire, 1885.
- BOUILLY. — *Congrès Français de chirurgie*, 1889 et 1895.
— *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1890.
- BUÉ (Lille). — *Médecin praticien*, n° 1, 1909, page 3.
- CHAPUT. — 1893, *Société de chirurgie*.
- DEVÈZE. — Perforation de l'utérus puerpéral. Péritonite colpotomie ; guérison. *Montpellier Médical*, 1907, t. II, page 19.
- DELBET (PIERRE). — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1890. *Thèse de Paris*.
- DURET. — Grossesse extra-utérine. *Société anatomo-clinique de Lille*, 8 décembre 1908.
- DURHSSEN. — *Deutsche medical Wochenschrift*, 18 juin 1908. Colpotomie pour hématocele volumineuse et ancienne.
- DUBRISAY ET JEANNIN. — Précis d'accouchement, 2^e édition, page 413.
- FOURNIER (d'Amiens). — Indication de la colpotomie postérieure. *La Gynécologie*, 1904, page 116.
- GUÉNIOT. — *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1904.

GUTIERREZ. — *Revista iberó-americana de ciencias medicas*, août 1908.

HERBÉCOURT (D'). — *Thèse de Paris*, 1900. De la voie vaginale sans hystérectomie.

KALTENBACH (cité par KAYSER). — *Arch. Klin. med.*, 1876, t. XVII, page 99.

JEANNIN. — *Bulletin et mémoire de la Société d'obstétrique* 1904.

— *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1890.

LAROYENNE. — *Lyon Médical*, 1886, février.

LEJARS. — *Traité de chirurgie d'urgence : de la colpotomie*.

— *Semaine médicale*, n° 25, 17 juin 1908, 12 décembre 1906.

LE BEC. — *Suppurations pelviennes. Gazette médicale*, Paris, octobre 1892.

LE DENTU. — *Les infections puerpérales et leur traitement. Bulletin médical*, 1905, page 417.

MORELLY. — *Thèse de Paris*, 1899. L'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale.

MAUCLAIRE. — *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1909.

MONOD. — 1895. *Traitement des salpingites suppurées par incision vaginale. Société de chirurgie*.

MONOD ET VANVERTS. — *Traité de technique chirurgicale*, 1^{re} édition : Colpotomie.

MONTPROFIT. — *Thèse Paris*, 1888.

PILLET. — *Péritonite puerpérale post-abortive. Journal des praticiens*, 1907, page 487.

POISSONNIER. — *Grossesse extra-utérine et colpotomie. Société anatomo-clinique de Lille*, 8 décembre 1908.

PISSAVY. — *Appendicites pelviennes. La Clinique*, 1909, n° 7.

POTOCKI ET POTTET. — *Société obstétricale de France*, 1908. Effondrement du cul-de-sac postérieur du vagin consécutif à une extraction du siège. Péritonite. Drainage vaginal. Guérison.

PICQUÉ. — *De la valeur de la colpotomie. La Gynécologie*, n° 3. 1898.

PAUCHET. — *Thèse de Paris*, 1896. Hystérectomie vaginale,

- PROUST. — Appareil génital de la femme. Technique chirurgicale de la colpotomie.
- PHOCAS. — *Nord Médical*, 1898.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 2^e édition.
— Les abcès de la colpotomie dans les suppurations pelviennes. *Semaine gynécologique*, 1898.
- RAYMOND. — *Thèse de Paris*, 1903. De la colpotomie dans le traitement des affections puerpérales graves.
- RECLUS. — *Semaine médicale*, 1891.
- RICHELOT. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1890.
- RODRIGUEZ. — *Thèse de Paris*, 1895. Incision du cul-de-sac postérieur; incision et hémorragies pelviennes.
- ROSENBLAT. — Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et hématocèles pelviennes. Étude critique. *Thèse de Paris*, 1896.
- SÉNÉCHAL. — *Thèse de Paris*, 1907. Des tumeurs inflammatoires pelvi-péritonitiques et leur traitement.
- SOURDELLE. — *Revue de Gynécologie*, 1905, p. 881. Perforation utérine. Colpotomie. Guérison.
- TAYLOR. — *British gyneec. Journal*, London, 1905-1906.
- WEISS (de Nancy). — *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 1906, p. 593. Perforation de l'utérus. Drainage abdomino-vaginal. Guérison.

